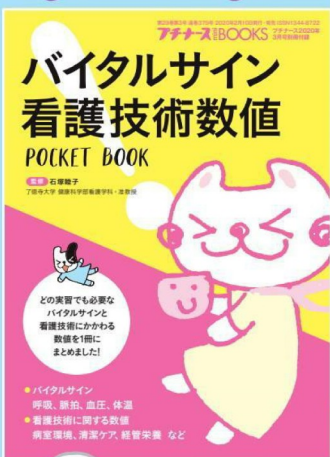
第29巻第3号 通巻379号 2020年2月10日発行・発売(毎月1回10日発行・発売) 平成7年5月26日第三種郵便物認可 ISSN1344-8722
特集 決定版 情報収集&アセスメント/もう迷わない就職活動!
フロク バイタルサイン・看護技術数値 POCKET BOOK
看護過程 子宮がん
プチナース
看護学生向け学習誌No.1!
3
2020 March
Vol.29 No.3
バイタルサイン
看護技術数値
POCKET BOOK
監修 石塚睦子
了德寺大学 健康科学部看護学科・准教授
どの実習でも必要な
バイタルサインと
看護技術にかかわる
数値を1冊に
まとめました!
●バイタルサイン
呼吸、脈拍、血圧、体温
●看護技術に関する数値
病室環境、清潔ケア、経管栄養 など
いつやる? 何やる? どう決める?
特集 もう迷わない
就職活動!
取り外して使える別冊
[別冊]疾患別看護過程
子宮がん
別冊フロク
バイタルサイン
看護技術数値
POCKET
BOOK
特集 ゴードン&ヘンダーソンの枠組みを使いこなす!
決定版
情報収集
&アセスメント

# エキスパートナース・プチナースの誌面でつぶやいてみませんか？

エキスパートナース・プチナースアプリでは、
Twitterアカウントをお持ちなら
Twitterと連動した「つぶやき機能」を使うことができます。
「つぶやき機能」を使って、誌面を読んで感じたこと、
気になる記事などをいろいろな人に広めてみませんか？

## つぶやき機能の使い方

Twitterアイコンのあるページを押し続けると、
その箇所に対してつぶやくことができます。
ここでつぶやいたことは、
ご自身のTwitterアカウントにも
公開されます。

※Twitterにログインしてない場合は、
ログインを求められます。
※「つぶやき機能」が使用できないページもあります。

つぶやきたい
箇所を
長押し

誌面に
つぶやける！

## Twitterでの表示

「つぶやき機能」を使って
つぶやいたことは、
Twitterのタイムライン上に表示されます。
気になる記事、
教えたい記事などをつぶやいて、
みんなで情報を共有しましょう。

※左はTwitterでの画面

## つぶやき機能をオフにしたい場合

画面のつぶやきのない箇所をタップするとメニューが表示されます。
右上のアイコンをタップ、「つぶやきの設定」から「つぶやきを表示」をオフにできます。

右上のアイコンをタップ

つぶやきの設定をタップ

●が右側でオン、
左側がオフ

## つぶやき機能を表示したい場合

「つぶやきの設定」から
「つぶやきを表示」をオンにします。

プチナース 2020年度

プチナースを広めてくれる人、
プチナースの誌面づくりのお手伝いをしてくれる人、募集します!

# モニター大募集!

プチナースでは、雑誌づくり・雑誌の告知などにご協力いただけるモニターを募集します!
豪華特典もありますので、みなさんのご応募お待ちしています!

## モニターの活動内容

**❶『プチナース』の無料配布物を、学校のお友だち(クラス全員や学年のみなさん)に配布する**

編集部より、『プチナース』オリジナルの無料配布物をお送りいたしますので(送料弊社負担)、より多くのお友だちに配布をお願いします。

**❷アンケートに協力する**

郵送やメールで年数回アンケートを実施しますので、アンケートにご協力をお願いします。
プチナースの誌面にお名前や顔写真を掲載することはありません。

## モニター特典

**●『プチナース』のバックナンバー(1年分)からお好きな1冊と弊社指定書籍のなかから、ご希望の1冊をプレゼント!**(送料弊社負担)

### 応募資格

●2020年4月現在、看護学校(専門学校、大学、短期大学、高等学校専攻科)のいずれかに在籍する看護学生で、上記モニターの活動内容❶❷の両方にご協力いただける方。

### お問い合わせ先

照林社プチナース編集部　TEL 03-3815-4921

### 応募方法

●下記URLから必要事項をご記入のうえご応募ください。
●採用された方にのみお手紙にて通知いたします。
(5月中旬～下旬を予定しています)
※2回以上のご応募はお控えくださいますよう、お願い申し上げます。

URL:https://questant.jp/q/PN_monitor2020

Illustration：Kumiko Umakakeba

# プチナース CONTENTS 3

2020 March Vol.29 No.3
http://www.petitnurse.shorinsha.co.jp/



プチナースサイトは ⬇こちらから

プチナースSNSをフォローしよう! 詳細は左ページへ!

- @petit_nurse
- @puchinurse
- @petit_nurse
- facebook.com/petitnurse

無料メルマガ 配信中!
くわしくは読者ハガキへ



プチナース 2020年3月号 第29巻第3号 通巻379号 2020年2月10日発行・発売
[表紙イラスト]ウマカケバクミコ [アートディレクション・デザイン]ビーワークス
[編集]窪田りさ、魚山聡太、照井佳菜子 [編集人]角田小枝 [発行人]森山慶子
[発行]照林社
〒112-0002 東京都文京区小石川2-3-23 春日尚学ビル
[編集]TEL:03-3815-4921 FAX:03-3815-4923
[営業]TEL:03-5689-7377 FAX:03-5689-7577
振替口座 00140-8-24689 (株)照林社
[広告]TEL:03-5689-7377 照林社営業部 [印刷・製本]大日本印刷株式会社

気になる！
今月の最新

# TOPICS

毎月、医療・看護の気になる話題をお届けします。実習・国試対策にも役立つ内容がいっぱいです！

Illustration：Akiko Tokunaga

## TOPIC 1 2019年の出生数は86万人。3年で10万人減、過去最低に

厚生労働省が公表した2019年の人口動態統計の年間推計によると、同年の出生数は86万4千人（前年より5万4千人減）、死亡数は137万6千人（前年より1万4千人増）でした[1]。出生数は初めて90万人を割り込みましたが、100万人を切ったのは3年前（2016年。97万7千人）であり、ここ数年で大きく減少していることがわかります。

2017年に出された国立社会保障・人口問題研究所がまとめている「日本の将来推計人口（平成29年推計）」によると、同年の出生数は90万4千人として推計されており、86万人台になるのは2021年になる見込みでした（日本人、出生中位［死亡中位］推計）[2]。予測を上回るペースで減少していることから、少子化の深刻な状況が浮き彫りになっています。

〈引用文献〉 1．厚生労働省：令和元年（2019）人口動態統計の年間推計 結果の概要．https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei19/dl/2019gaiyou.pdf（2020/1/10アクセス）
2．国立社会保障・人口問題研究所：（参考：日本人人口）出生中位（死亡中位）推計（平成29年推計） 表1－8（J）　出生，死亡および自然増加の実数ならびに率（日本人）．http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikeikekka_1_Japanese.html（2020/1/10アクセス）

## TOPIC 2 高齢者への虐待件数が過去最多に。厚労省が公表

厚生労働省は12月、平成30年度に生じた「介護施設職員による高齢者への虐待判断件数」が、過去最多の621件であったと発表しました[1]。この調査は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」に基づいて平成18年度から行われているもので、前年度（510件）からは100件以上の増加となっています。621件での被害者は927人で、虐待の種別では身体的虐待（57.5%）が最も多いです。市町村への虐待の相談・通報件数も、前年（1,898件）より増加（2,187件）しています（図）。

虐待の発生要因としては「教育・知識・介護技術等に関する問題」に次いで「職員のストレスや感情コントロールの問題」などが挙げられています。

図 要介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移[1]

〈引用文献〉
1．厚生労働省：平成30年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果．
https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000584234.pdf（2020/1/10アクセス）

## ＼PRESENT／ SABONのハンドクリームとハンドソープで、自分の手にごほうびを！

今月のプレゼントは、SABONのラベンダー・アップルコレクションのハンドクリームとハンドソープのセットです。保湿と新鮮な香りで、日々がんばっている自分の手にごほうびを与えましょう！

ハンドクリーム　ラベンダー・アップル
●内容量：30mL　●1,400円（税抜）
ハンドソープ ボトル　ラベンダー・アップル
●内容量：200mL　●2,000円（税抜）
【株式会社 SABON Japan】https://www.sabon.co.jp/

＼セットで4名様にプレゼント！／

応募のきまり
●応募方法はP.58の読者ハガキをご参照ください。　●当選者の発表は発送をもってかえさせていただきます。
●応募の締め切りは、2020年3月10日（火）当日消印有効。

# みんなの 学校じまん

編集部がさまざまな学校を訪問し、
学生のみなさんに素敵なところを
教えてもらいます！

今月の学校

**埼玉県立大学保健医療福祉学部**
創立20周年を迎えた公立大学。「グッドデザイン賞」金賞を受賞したキャンパスは、まるで美術館のよう。ボランティアサークルの活動がさかんに行われている。
〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮820
http://www.spu.ac.jp/

この日はクリスマスのイベントとして、学生と高齢者が協力してリースづくりを行いました

お待ちしております！

長谷川大貴さん

お宅に訪問し、お互いに一人暮らしの悩みを打ち明け合ったりして、自分にとっても息抜きになっています

実習着

大学では勉強だけではなく、直接だれかのためになるボランティアをしたいなと思っていました

第24回

今月のテーマ **地域の高齢者の日常に寄り添う**

大前ひなたさん

河原畑恭子さん

埼玉県立大学のサークル「学生ボランティア団体MAGO（まご）」では、大学周辺に住む高齢者のお宅を訪問し、買い物、料理、話し相手などの日常的なお手伝いをしています。今回は、ドラッグストア「ウエルシア」のフリースペースでいっしょにおしゃべりや工作などを楽しむ「おしゃべりMAGOサロン」にお邪魔してきました。学生と高齢者の距離が近く、ときには笑いも飛び交うアットホームな雰囲気を感じました。

いつも「ありがとう」の言葉をいただきます。毎回うれしいですし、私たちも元気をもらえます

矢吹亜弓さん

源平朋佳さん

「おしゃべりMAGOサロン」の様子

病院での実習よりも普段の生活に近いので、高齢の方が何を苦手としているか気付くことも多いそうです

もらえる! 1

## 4〜6月号は、プチナースでしかもらえない ごうか特別フロクがついてくる!

4・5月号連続! 「看護師のかげさん」BOOK&カード

5・6月号連続! 関連図BOOK

ノートづくりに使える! 解剖生理 白地図帳

4月号 5月号 \作成中!/ ポケットサイズ 84ページ

# \今年も/ プチナースはすごい!!

もらえる! 2

\今月号の巻末についている/

## ハガキまたは右下のQRコードで 新規定期購読を申し込むと 選べる プレゼント!

B5サイズ 100ページ

※2019年4月号付録と同じものになります

NEW 疾患まるわかりガイド

B2サイズ 2枚 B3サイズ 3枚

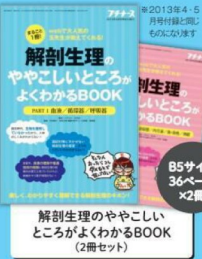
※2017年4・5月号、2018年6月号、2019年4・5月号付録と同じものになります

貼って覚える! 暗記ポスターセット(5枚)

※2013年4・5月号付録と同じものになります

B5サイズ 36ページ ×2冊

解剖生理のややこしいところがよくわかるBOOK (2冊セット)

\QRコードで、プレゼントの本の閲覧もできるよ!/

# 4月号・5月号のプチナースは、全学年に役立つ！
# 新学期に合わせた特集・フロクでお届け！

## 4月号
3月10日発売予定

特集 みんなが迷う3大テーマを集めました
## 実習が得意になる！
【自分に合う方法はこれ！ 実習記録のコツ】【ズバッと伝わる 報告のしかた】
【もう迷わない 時間管理&行動調整】
新学期にはじまる実習に向け、教科書だけでは学べないポイントをガイドします！

別冊 疾患別看護過程

慢性心不全
みんなから要望の高い疾患を集めた新連載！ 解剖生理を含めた疾患の基礎知識と、ゴードンの枠組みを用いた事例による看護過程の展開例を示します。

別冊フロク

かげさんがつくった看護実習 POCKET BOOK
実習に必要な情報を満載したポケットブックを、SNSで大人気の「看護師のかげさん」プロデュースで作成！ 役立つ＆モチベーションが上がる１冊です。

特別フロク

きれいなノートがつくれる！
解剖生理 白地図帳
〝コレほしい〟という看護学生の声をもとに臓器イラストを集めた「白地図帳」です！ ノートづくりやレポート作成に活用できます。

即マネできる！
学年トップの勉強法
みんな気になる、〝学年トップ〟の「テスト勉強」「事前学習」を紹介する特集。自分の勉強に取り入れてみよう！

## 5月号
4月10日発売予定

特集 しくみがわかって正しくとれる
## バイタルサイン&フィジカルアセスメント
この先ずーっと役立つバイタルサイン&フィジカルアセスメントのキホンを、深く掘り下げて解説します。

## 第109回看護師国試分析！ 傾向と対策
2020年2月実施の第109回国試をいち早く分析。今後に向けた対策ポイントをまとめます！

別冊 疾患別看護過程
くも膜下出血

別冊フロク
B5サイズ 番線なみ 84ページ
病態をふまえて個別性のある関連図がかける！
疾患別&治療別 関連図BOOK
実習でよく出合う35疾患＋６治療の全41項目が１冊に！ 自分で関連図を作成する際に参考となる「個別性の出しかたのポイント」つき。

特別フロク 3枚
かげさんがつくった 看護実習カード

## 今なら年間定期購読がおトク！
送料無料でお届け！

プチナース 2020年度 年間定期購読料 計14冊
**購読料 16,200円**（10%税込）
●通常号（月刊） 定価1,100円（10%税込）×12冊（毎月10日ごろ発売）
●臨時増刊号 定価1,500円（10%税込）×2冊（4月・10月発売）
※ご不明な点がございましたら、照林社営業部までお問い合わせください。

お申し込み方法 ❶書店へのご注文 ❷巻末のハガキでお申し込み ❸照林社ホームページよりお申し込み

さらに！ 巻末の年間定期購読申し込みハガキで申し込むと、左ページの選べるプレゼントがもらえる！

照林社
〒112-0002 東京都文京区小石川2-3-23
営業部／TEL (03)5689-7377

※ここに記載されている特集・付録の内容・名称・デザイン等は変更になる場合があります。

先輩に聞く
# ナースの仕事

小さな気づきを大切に
〝その人らしい生活〟を支える

最終回

## 脳神経内科病棟

兵庫中央病院
**小島ゆかり**さん
Yukari Kojima
【看護師3年目】

脳神経内科病棟に入院しているのは、パーキンソン病や多系統萎縮症、進行性核上性麻痺などの神経筋難病を抱え、在宅生活が困難な患者さんです。これらの疾患はほとんどが進行性であり、運動機能が徐々におかされ、やがて言葉を発することも難しくなるという特徴があります。

このような患者さんたちに、脳神経内科病棟ではどのような看護を提供しているのでしょうか。兵庫中央病院で、看護師3年目の小島さんにお話をうかがいました。

【独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院】
神経筋難病、重症心身障害や結核・呼吸器疾患に関する専門医療を行う兵庫県の拠点病院。
〒669-1592 兵庫県三田市大原1314
http://hyogo-chuo-hosp.jp/

Photo：Teruo Ukita

❶食事（おやつ）の介助の様子。積極的に声をかけながら行います。❷患者さんの体位変換を行う様子。
❸文字盤を使ったコミュニケーションの様子。患者さんの状態に応じて使い分けられるよういくつか種類があり、いずれも病棟で手づくりされています。

小島さんの
**やりがいを感じたできごと**

疾患の進行により身体が傾くようになり、車椅子で長時間の姿勢保持が困難になってしまった患者さんとのかかわりです。もともと好物のおやつを食べたりテレビ鑑賞を楽しむことを日課にしていたのですが、それも疲労と苦痛で難しくなっていました。そこで車椅子のアームレストや座面の高さを工夫したり、食べる前に体操を取り入れたところ、好物を自力で摂取できる日が増えたり、「姿勢が楽になった」という反応を得ることができました。とてもうれしく、やりがいを感じたできごとです。

脳神経内科病棟の仕事
**ここが大変**

1年目のとき、伝えたいことを言葉で発することが難しくなった患者さんを受け持ちました。どうしても聞き取りにくく、何度も聞き返しているうちに患者さんが言いたいことをあきらめてしまっている様子があり……。最初は本当に難しかったですが、先輩がその患者さんとどのように意思疎通をはかっているかを見て参考にしたり、患者さんの全体を観察して「伝えたいことはこれかな？」と推測しながらコミュニケーションをとることで、少しずつ思いを理解できるようになりました。

## 患者さんが発する小さなサインを見逃さない

神経筋難病は慢性的に経過し、患者さんの多くは運動機能障害を抱えています。そのため脳神経内科病棟では、日常生活援助が看護の大部分を占めています。

食事を例にとると、経管栄養で摂取する人、介助があれば自力で摂取できる人、自力で摂取できるものの姿勢を保持する力がない人などで、必要な援助はさまざまに異なります。小島さんたちは、1人ひとりの残存能力を大切に、安全・安楽を心がけながら"最期までその人らしく過ごせるよう"サポートしています。

脳神経内科病棟では、急性期病棟のようにあわただしい入退院やめまぐるしい病状の変化があるわけではありません。だからこそ、日々のケアでは看護師の"気づき"が大切になるといいます。「患者さんの状態は毎日変わるわけではありませんが、『昨日とちょっと違うな』という小さなサインを見逃さないようにしています」。痛みやつらさを伝えることが難しい患者さんに対し、小島さんは、表情やバイタルサインだけでなく、ベッド全体を見渡してみて体位に違和感がないか、といったこともつぶさに観察するそうです。「患者さんの異変や声に出せない思いに気づき、治療や看護につなげられるようがんばっています」。ケアによって苦痛を取り除けた場合は、表情がやわらいだり脈拍数が落ち着いたりすることでわかり、ほっとするといいます。

## かかわりのなかで学んできたコミュニケーション能力

こうした"観察力"に加えて、脳神経内科病棟で鍛えられるのは"コミュニケーション能力"です。とはいえ、小島さんも1年目には「患者さんの思いを理解するのが難しかった」と振り返ります。当時は患者さんの訴えを何回も聞き返すこともあったそうですが、先輩たちから方法を学び、今では文字盤を使ったり（指さしや目線で示してもらう）、まばたきでYes・Noを返事してもらうなど、状態にあわせてさまざまなコミュニケーションを工夫し、意思疎通をはかれるようになりました。「患者さんからいい反応や笑顔がみられたり、ご家族から『ありがとう』の言葉をいただけたりすると、がんばってきてよかったと思います。これまでの患者さん・ご家族とのかかわりから得られた学びを大切にしながら、これからも1人ひとりと向き合っていきたいです」

実習で
実践できる!

Fundamental Nursing Skills and Concepts

# 基礎看護技術

［基本+応用］

執筆
**中村充浩**
東京有明医療大学
看護学部看護学科・講師
長野県看護大学看護学部卒業後、諏訪中央病院訪問看護ステーション、内科病棟、ICU病棟に勤務。2009年長野県看護大学を経て、2010年より東京有明医療大学看護学部。2006年長野県看護大学大学院博士課程前期課程修了。修士(看護学)。

執筆
**北島泰子**
東京有明医療大学
看護学部看護学科・准教授
国保松戸市立病院附属看護専門学校卒業後、臨床経験を経て大学教育に携わる。おもな担当科目は、成人看護学、フィジカルアセスメント。

第24回

## 感染予防技術❸ 無菌操作

## 無菌操作とは、目的、注意事項(禁忌、事故防止)

### point 01. 無菌操作とは[1]

無菌操作とは、滅菌された器具や衛生材料を無菌状態に保ったまま行う手技や操作のことで、手術や創部の消毒等の処置などで広く実施されています。無菌操作は、体内など**もともと無菌状態の組織や血管に手術や処置をする場合**に用います(**図1**)。

図1 無菌操作が必要な場面(例)

手術の場面

創部の消毒等の処置の場面

Illustration：CORSICA　Photo：Kouichirou Nakagome

## point 02. 無菌操作の目的

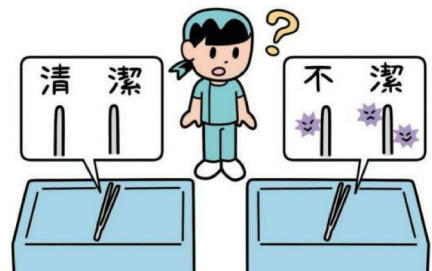
無菌操作の目的は、手術や処置などで患者さんの**体内に病原体が侵入するのを防ぐ**ことです。

無菌操作なしに手術や処置などを行うことによって患者さんの体内に病原体が侵入すると、病原体・感染源・排出門戸・感染経路・侵入門戸・感受性宿主の**「感染成立の6つの要素」がすべて揃う可能性が大きくなり**、感染が起こると患者さんに命の危険が生じます。

## point 03. 無菌操作の注意事項（禁忌、事故防止）

無菌操作に禁忌はありません。

無菌操作では、器具等に**病原体が付着していない状態**を「清潔」、**病原体が付着している状態**を「汚染」と区別します[2]。

清潔なのか汚染されているかの区別を間違ってしまうと、患者さんに感染が生じるという事故につながります。病原体は目に見えないので、**どこが清潔でどこが汚染されているのかを看護師自身が的確に区別する**ことが重要です。

# 基礎知識：無菌操作の基礎知識

## point 01. 無菌、滅菌物、滅菌パック、滅菌包とは

**無菌**とは、**細菌などの微生物がまったく存在しない状態**をいいます[3]。無菌操作で使用する器具は、**無菌状態**のものを使用します（**表1**）。病原体が付着している器具を手術や処置等で使用すると、患者さんの体内に病原体を侵入させてしまうためです。

私たちの身の回りにある器具には病原体となり得るさまざまな微生物が存在しています。このような器具を無菌状態にするために**滅菌**という処理を行い、**すべての微生物を死滅させるか除去**します。

滅菌処理を行って無菌になった器具を**滅菌物**といいます。通常、滅菌物はそれ自体に病原体が付着しないように**滅菌パック**で包装されています。滅菌パックは紙製とプラスチック製のものがあり、滅菌方法によって選択されます。無菌操作で使用される物品には、複数の滅菌物をトレーに入れて覆布やドレープでくるんだうえで滅菌パックに封入されているものもあります。この、覆布やドレープでくるんだものを**滅菌包**といいます。

**表1** 未滅菌のものと、滅菌されたもの（例）

| 滅菌されていない器具 | 滅菌されている器具 |
| --- | --- |
| <br>●ベッド<br>●オーバーベッドテーブル<br><br>●プラスチックグローブ<br>●エプロン<br>●マスク | <br>●滅菌手袋<br>●滅菌パックに封入されている器具（鑷子、導尿セットなど）<br>●滅菌包 |



基礎看護技術［基本＋応用］

## point 02. 滅菌パックの保管上の注意

滅菌された内容物（滅菌物）が汚染されないように、滅菌パックを保管する際にも**表2**のような注意が必要です。

**表2 滅菌パックの保管上の注意点**

●湿気の少ない場所に保管する

根拠 紙製の滅菌パックでは湿気が包装を通過してしまい滅菌物を汚染してしまうため。プラスチック製の滅菌パックでは包装自体に湿気が付着して開封した際に滅菌物が汚染されるリスクが高くなるため

●滅菌パックが水分や汚染物質に曝露しない場所に保管する

根拠 紙製の滅菌パックでは水分や汚染物質が包装を通過してしまい滅菌物を汚染してしまうため。プラスチック製の滅菌パックでは包装自体に水分や汚染物質が付着して開封した際に滅菌物が汚染されるリスクが高くなるため

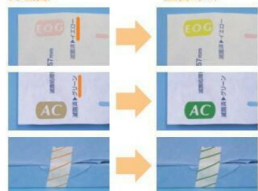
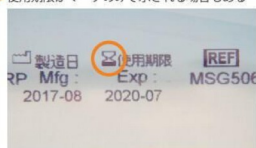
●滅菌パックが破れたり破損しないような環境で保管する（棚の中に詰め込みすぎない、重ねすぎないようにする）

根拠 滅菌パックが破損すると滅菌物が汚染されてしまうため

## point 03. 滅菌パック使用前の確認ポイント

滅菌パックに入った滅菌物を使用する前に、内容物が**滅菌されているか**、**滅菌の効果が維持されているか**を確認します。**表3**のポイントは必ず確認します。

**表3 滅菌パック使用前の確認ポイント**

| ❶滅菌済みである | ❷滅菌の効果が維持されている | ❸滅菌物が汚染されていない |
|---|---|---|
| ●内容物が滅菌されているかどうかを、インジケーターや記載内容で確認する<br>根拠 滅菌処理によって色が変わるインジケーターの場合、変色していないと滅菌されていないため。確実に滅菌されていることを確認するため<br>▶インジケーターの場合<br>〈未滅菌〉 〈滅菌済み〉<br>▶文字による表示の場合 | ●滅菌の有効期限内であるかどうかを、使用期限の年月日で確認する<br>根拠 滅菌物には使用期限があり、期限を過ぎてしまうと無菌である保証がないため<br>▶使用期限がマークのみで示される場合もある<br>▶使用期限が印字されている | ●内部の無菌状態が保たれているかどうかを、滅菌パックに破損がないか、滅菌パックに水濡れがないかで確認する<br>根拠 滅菌パックが破損していると無菌ではないため。紙製の滅菌パックの場合、水分が染み込んで滅菌物が汚染されてしまうため。プラスチック製の滅菌パックの場合、包装自体に水分や汚染物質が付着して開封した際に滅菌物が汚染されるリスクが高くなるため<br>▶包装が破れてしまっている<br><br>▶包装が、速乾性擦式アルコール消毒液で濡れてしまっている<br> |

※画像はイメージです。

## point 04. 滅菌パックを開封する際の注意点

滅菌パックを開封する際には、滅菌物が汚染されないように、**表4**のような注意が必要です。

**表4 滅菌パックを開封する際の注意点**

**滅菌物が水分や汚染物質に曝露しない場所で開封する**

根拠 開封後、滅菌物に水分やほこり等の汚染物質が付着すると汚染されてしまうため

**衛生学的手洗いを行う**

根拠 滅菌物に触れる手指の病原体を可能な限り減少させるため

注意 濡れた手で滅菌パックに触れてしまうと、滅菌パックが紙製の場合水分がしみこんで内容物が汚染されてしまう、またプラスチック製の滅菌パックの場合包装自体に水分や汚染物質が付着して開封した際に滅菌物が汚染されるリスクが高くなるため、衛生学的手洗いを行ったあとは、十分に手指を乾燥させる

# 基本技術：滅菌物の開封と滅菌手袋の着脱

## point 01. 滅菌パックの開封（鑷子入り滅菌パックの例）

**必要物品**

❶滅菌パック（鑷子入り）
❷速乾性擦式アルコール手指消毒液
❸ビニール袋（ゴミ袋）

### 手順

**《開封の準備》**

**1** 滅菌物が**水分や汚染物質に曝露しない場所**を選択する。

根拠 開封後、水分やほこり等の汚染物質が付着すると、滅菌物が汚染されてしまうため。

**2** 衛生学的手洗いを行う。

根拠 滅菌物に触れる手指の病原体を可能な限り減少させるため。

注意 濡れた手で滅菌パックに触れてしまうと、滅菌パックが紙製の場合**水分がしみこんで滅菌物が汚染**されてしまう、またプラスチック製の滅菌パックの場合包装自体に水分や汚染物質が付着して**開封した際に滅菌物が汚染される**リスクが高くなるため、衛生学的手洗いを行ったあとは、**十分に手指を乾燥**させる。

**3** **内容物が滅菌されているか**、**滅菌の効果が維持されているか**、**汚染されていないか**を確認する。

**確認すべきポイント**

（P.12「基礎知識 point03. 滅菌パック使用前の確認ポイント」参照）

- 内容物が滅菌されているかどうかを、**インジケーター**や**記載内容**で確認する。
  根拠 内容物が確実に滅菌されていることを確認するため。
- 滅菌の有効期限内であるかどうかを、**使用期限の年月日**で確認する。
  根拠 滅菌物には使用期限があり、期限を過ぎてしまうと無菌である保証がないため。
- 内部の無菌状態が保たれているかどうかを、滅菌パックに**破損**がないか、滅菌パックに**水濡れ**がないかで確認する。
  根拠 滅菌パックが破損していると無菌ではないため。紙製の滅菌パックの場合、水分が染み込んで滅菌物が汚染されてしまうため。プラスチック製の滅菌パックの場合、包装自体に水分や汚染物質が付着して開封した際に滅菌物が汚染されるリスクが高くなるため。

上の「確認すべきポイント」3点は必ず確認しましょう

### 《滅菌パックの開封》

**1** 開封口を確認し、開封口の両端が接着されている場合、接着部分を剥がす。

根拠 開封しやすくなるため。

**2** **開封口を上**にして両手で持つ。

根拠 滅菌物が落下して汚染しないようにするため。

**3** 開封口を外側にめくるように、鑷子が**半分くらい露出する**まで開く。

根拠 露出が不十分だと鑷子を取り出す際に鑷子が不潔な包装紙に触れやすくなってしまうため。鑷子を露出しすぎると落下してしまうため。

注意 このとき、つかんでいる**包装紙を手から離さない**ようにする。

注意の根拠 包装紙の端を離してしまうと、離した部分が滅菌物に触れてしまい汚染してしまうため。一度手でつかんだ部分は汚染されており、**汚染された部分が鑷子に触れてしまう**ため。

包装紙から手を離さない

滅菌物が包装紙の外側と接して汚染してしまうため、滅菌物を押し出すようにして開封しない

**4** 開いた包装紙を滅菌パックの**下方で、片手で把持**する。

根拠 開いた包装紙が滅菌物に触れないようにするため。

**5** 包装紙に触れないように、鑷子の**上部3分の1**を把持する。

根拠 包装紙に指が触れると包装紙が汚染され、汚染された部分に鑷子が触れると鑷子が汚染されてしまうため。

**6** 鑷子の先端を**閉じた状態**にして包装紙に触れないように、鑷子を取り出す。

根拠 鑷子の先端が開いていると引き抜く際に汚染された部分の包装紙に触れてしまい、鑷子が汚染するリスクが高くなるため。

**7** 滅菌パックを廃棄する。

## point 02. 滅菌包の開封

**必要物品**

❶滅菌パック（滅菌包入り）
❷滅菌パック（鑷子入り）
❸速乾性擦式アルコール消毒液
❹ビニール袋（ゴミ袋）

### 手順

●point01（P.13）の《**開封の準備**》と同様に準備を行う。

**1** 開封口を確認し、開封口の両端が接着されている場合、接着部分を剥がす。

根拠 開封しやすくなるため。

**2** **開封口を上**にして両手で持つ。

根拠 滅菌包が落下して汚染しないようにするため。

**3** 開封口を外側にめくるように、滅菌包が**半分くらい露出**するまで開く。

根拠 露出が不十分だと滅菌包を取り出す際に不潔な包装紙に触れやすくなってしまうため。滅菌包を露出しすぎると落下してしまうため。

注意 このとき、つかんでいる**包装紙を手から離さない**ようにする。

注意の根拠 包装紙の端を離してしまうと離した部分が滅菌包に触れてしまい汚染してしまうため。一度手でつかんだ部分は汚染されており、汚染された部分が滅菌包に触れてしまうため。

**4** 開いた包装紙を滅菌パックの**下方で、片手で把持**する。

根拠 開いた包装紙が滅菌包に触れないようにするため。

**5** 滅菌包に**触れる面積を最小**にしながら取り出す。

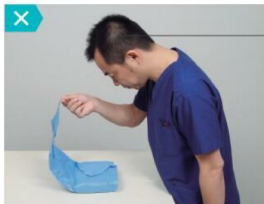
根拠 触れる面積を最小にすることで滅菌包の汚染を最小にすることができるため。

**6** 滅菌パックを廃棄する。

**7** 覆布（ドレープ）の差し込み部分を手で把持して引き出し、広げる。

根拠 覆布（ドレープ）の差し込み部分は覆布（ドレープ）の外側で、その表面には滅菌パックから取り出した直後に病原体が付着している可能性があるため、手で把持する。

**8** 広げた覆布（ドレープ）の内側に触れないように、また、**覆布の上空に身体が覆い被さることのない**ようにする。

根拠 覆布（ドレープ）の内側に触れると病原体が付着してしまうため。覆布（ドレープ）を広げた内側上空に身体が覆い被さると、身体から病原体が覆布（ドレープ）の内側に落下する可能性があるため。

**9** 滅菌された鑷子を開封する（P.13～14「point01．滅菌パックの開封」参照）。

**10** 鑷子で覆布（ドレープ）の3つの角を把持し、左右、手前の順に広げる。

根拠 覆布（ドレープ）の1枚目の角の内側に位置する左右と手前の角は清潔なので、滅菌された鑷子を用いて広げる。

## point 03. 滅菌手袋の着脱

清潔な状態でより細かい作業が求められるときには、滅菌手袋を装着した手で無菌操作を行います。ここでは、滅菌手袋の装着と外しかたを解説します。

●事前に滅菌手袋のサイズを選択する（**表5**参照）。

根拠 手袋のサイズが合わない場合、手にフィットしないことによって**手指の動きが制限されてしまう**ため。

**表5 手袋サイズの選択基準**[4]

| サイズ | | 手のひらの幅（mm） |
|---|---|---|
| 5 | 5 | 67±4 |
| 5.5 | 5 1/2 | 72±4 |
| 6 | 6 | 77±5 |
| 6.5 | 6 1/2 | 83±5 |
| 7 | 7 | 89±5 |
| 7.5 | 7 1/2 | 95±5 |
| 8 | 8 | 102±6 |
| 8.5 | 8 1/2 | 108±6 |
| 9 | 9 | 114±6 |
| 9.5 | 9 1/2 | 121±6 |

**必要物品**

❶速乾性擦式アルコール消毒液
❷滅菌手袋
❸ビニール袋（ゴミ袋）

### 手順

#### 《滅菌手袋の装着（右利きの場合）》

●point01の《**開封の準備**》（P.13）と同様に準備を行う。

**1** 開封口を確認し、開封口の両端が接着されている場合、接着部分を剥がす。

根拠 開封しやすくなるため。

**2** **開封口を上**にして両手で持つ。

根拠 滅菌物が落下して汚染しないようにするため。

**3** 開封口を外側にめくるように、**台紙が半分くらい露出**するまで開く。

根拠 露出が不十分だと台紙を取り出す際に台紙が不潔な包装紙に触れやすくなってしまうため。台紙を露出しすぎると落下してしまうため。

注意 このとき、つかんでいる**包装紙を手から離さない**ようにする。

注意の根拠 包装紙の端を離してしまうと、離した部分が台紙に触れてしまい汚染してしまうため。一度手でつかんだ部分は汚染されており、**汚染された部分が台紙に触れてしまう**ため。

包装紙から手を離さない

**4** 開いた包装紙を滅菌パックの**下方で、片手で把持**する。

根拠 開いた包装紙が台紙に触れないようにするため。

**5** 台紙に**触れる面積を最小**にしながら取り出す。

根拠 触れる面積を最小にすることで台紙の汚染を最小にすることができるため。

**6** 滅菌パックを廃棄する。

**7** なるべく**台紙の端**のほうをつかみ、台紙を広げる。台紙のイラストを確認し、上下左右を合わせる。

根拠 触れる面積を最小にすることで台紙の汚染を最小にすることができるため。この後の手順で手袋を装着しやすくするため。

**8** 台紙の折り返し部分のなるべく端を把持し、開く。このとき、開いた台紙が折りたたまれて元に戻ってしまわないようにしっかりと広げる。

根拠 滅菌物の滅菌状態を維持するために素手で触れる範囲をなるべく最小にするため。また、滅菌手袋の滅菌状態を維持するために、一度広げた台紙が再び滅菌手袋に触れないようにするため。

**9** 右手で左の手袋の折り返しの外側部分をつかみ、持ち上げる。

**10** **一歩後方に下がり**、左手にはめる。このとき、折り返し部分はそのままにしておく。

根拠 開封しておいてある滅菌手袋の上空で装着すると**滅菌物を汚染する恐れ**があるため、一歩離れたところで手袋を装着する。

**11** 手袋をはめた左手の指先を右の手袋の**折り返しの間**に差し込み、すくい上げるように持ち上げる。

根拠 右の手袋を装着する際に皮膚に触れることになる折り返し部分の外側に滅菌手袋を装着した左手で触れないようにするため、折り返しの間に指を差し込む。

**12** 右の手袋を右手にはめ、左手が右手袋の内側や前腕に触れないようにそのまま折り返し部分を伸ばす。

**13** 左の手袋の折り返しの間に右手の指先を入れ、折り返し部分を伸ばす。

根拠 左の手袋を装着する際に皮膚に触れることになる折り返し部分の外側に滅菌手袋を装着した右手で触れないようにするため、折り返しの間に指を差し込む。

**14** 両手を組み、手袋のたるみや指先の余りなどを解消する。

根拠 指先がフィットしていないと細かい操作ができないため。

**15** 手袋着用後は、周囲への接触で不潔にならないように手をつねに**視野内**に保つ。

根拠 視野内に手を入れることで確実に滅菌状態が保たれていることを担保(たんぽ)できるため。

## 《滅菌手袋の外しかた》

**1** 右手で**左の手袋の付け根外面**をつまみ上げる。

根拠 汚染され病原体が付着した手袋で皮膚に触れると感染のおそれがあるため、手袋表面をつまみ上げる。

**2** そのまま左の手袋を**裏返すように**手袋を外す。

根拠 裏返すように外すことで左の手袋表面に付着した**病原体を手袋内側に留め**拡散させないため。

**3** 外した左の手袋を右手で握り込む。

**4** 左手を**右の手袋と皮膚の間**に入れる。

根拠 手指に右の手袋表面の病原体が付着しないようにするため、手袋と皮膚の間に指を入れる。

**5** **左手が右の手袋の表面に触れない**ように注意しながら右の手袋を裏返すように外す。

根拠 裏返すように外すことで、右の手袋表面に付着した病原体を手袋内側に留め拡散させないため。

**6** 外した手袋を廃棄する。

**7** 衛生学的手洗いをする。

根拠 滅菌手袋には**ピンホール**(小さな穴)が空いている可能性がゼロではなく、手指に病原体が付着している可能性があるため。

# 応用ポイント：使用済み器材の洗浄

## point 01. 使用済み器材の処理

ディスポーザブル(1回使い捨て)の器材でない場合、使用後は**適切に処理をしてから再度使用**します。この処理が適切でないと、次に使用したときに病原体を患者さんや患者さんの体内に付着させることになってしまいます。

## point 02. 洗浄

使用済み器材の処理ではじめに行うのは**洗浄**です。器具の表面に何らかの付着物が残っていると、この後の消毒や滅菌といった処理の効果が十分でなくなってしまうため**洗浄は必ず行います**(**表6**)。

**表6** 洗浄の種類

| 機械洗浄 | 浸漬洗浄 | 用手洗浄 |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ●熱水の噴射や超音波などを利用して、器材に付着した汚れを除去する | ●洗浄剤の入った液体に器材を漬けて、汚れを除去する | ●器材をこすって、汚れを除去する |

## point 03. 消毒・滅菌

洗浄のあとは、必要に応じて消毒や滅菌を行います。すべての器材を滅菌処理してすべての微生物を死滅させれば感染のリスクを最小にすることが可能ですが、**コスト等の問題**があり現実的ではありません。そこで、**表7・8**のような分類に沿って洗浄、消毒、滅菌のいずれかの処理かを決定します。

消毒には**レベル(水準)**があり、器具によって消毒薬や消毒法を使い分けます。

**表7** スポルディングの分類

| 洗浄・低水準消毒 | 高水準消毒・中水準消毒 | 滅菌 |
| --- | --- | --- |
| ●ノンクリティカル器材：正常な皮膚には接触するが粘膜には接触しない、無菌性が必要ない器材 | ●セミクリティカル器材：正常な粘膜や正常でない皮膚と接触する器材 | ●クリティカル器材：無菌の組織や血管内に挿入されるもの。いかなる微生物で汚染されても、高い感染の危険が生じるもの |
|  |   |   |
| (例)<br>●聴診器 ●血圧計(マンシェット)<br>●膿盆 ●ガーグルベースン<br>●ベッド柵 ●ベッドのリモコン<br>●便器・尿器　など | (例)<br><高水準消毒薬による消毒><br>●人工呼吸器 ●麻酔器具<br>●軟性内視鏡 ●膀胱鏡　など<br><中水準消毒薬による消毒><br>●哺乳瓶・乳首<br>●ネブライザー ●バイトブロック　など | (例)<br>●手術器具<br>●移植埋め込み器具<br>●注射器等の観血的な処置に使用される器具<br>●インプラント　など |

**表8** おもな消毒薬の種類と効果

| 低水準消毒 | 中水準消毒 | 高水準消毒 |
| --- | --- | --- |
| ●クロルヘキシジングルコン酸塩<br>●ベンザルコニウム塩化物<br>●アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩 | ●次亜塩素酸ナトリウム<br>●消毒用エタノール | ●グルタラール<br>●フタラール<br>●過酢酸 |


〈引用文献〉
1. 和田攻，他 編：看護大事典 第2版．医学書院，東京，2010：2782.
2. 任和子，他：基礎看護学[3] 基礎看護技術Ⅱ 第17版．医学書院，東京，2017：444.
3. 和田攻，他 編：看護大事典 第2版．医学書院，東京，2010：2781.
4. JIS規格：T9107-2018.

決定版

# 情報収集&アセス

# ゴードン&ヘンダーソンの枠組みを使いこなす!

CONTENTS



執筆 滝島紀子 川崎市立看護短期大学 教授

**「この情報、どの枠に書けばいい？」「この枠ではどんな視点でアセスメントをしたらいい？」患者さんから収集した情報を、正しく活用してアセスメントにつなげられるようアセスメントの枠組みの基礎知識から、みんなが間違いやすいポイントまで紹介します！**

## はじめに

対象の状態・状況にあった看護援助を行うためには、アセスメントがもっとも重要になります。なぜならば、アセスメントによって対象への援助の必要性が明らかになり、ここで明らかになった援助の必要性を受けて対象への看護援助を行っていくからです。

このことより、対象の状態・状況にあった看護援助を行うためには、妥当性の高いアセスメントを行う必要があるということになりますが、妥当性の高いアセスメントを行うためには、アセスメントについて知っておく必要のあることがいくつかあります。

そこで、今回は、ゴードンのアセスメントの枠組みを活用したアセスメントを行う際に知っておくとよいと思われることについて説明していきます。

説明にあたっては、ヘンダーソンを活用している方にもおわかりいただけるよう、ゴードンのアセスメントの枠組みに該当するヘンダーソンのアセスメントの枠組みも提示していきます。

本特集での、各パターンの説明項目は、**右表**の通りです。

1. 該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉
2. アセスメントの視点
3. データ収集項目(例)
4. データ収集における注意点
5. アセスメント例
6. アセスメントにおける注意点
7. よく挙がる看護診断

さあ、ゴードンの11の健康的機能パターンにおける各パターンのアセスメントを妥当性高く行うための知識の確認をしていきましょう！

Illustration：Sawori Brown

※本特集では、看護診断は、T. ヘザー・ハードマン, 上鶴重美 原書編集, 上鶴重美 訳「NANDA-I 看護診断　定義と分類　2018-2020　原書第11版」(医学書院)の診断名を使用しています。

# 1. 健康知覚−健康管理パターン

【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】

9　患者が環境の危険を避けるのを助ける／14　患者が学習するのを助ける

〈アセスメントの視点〉

- 健康状態に対する認識はどうか
- 健康管理状況はどうか
- 健康に対してのリスク管理はどうか

## データ収集項目（例）

☑主訴

☑入院目的

☑入院までの経過

☑医師からの説明内容

- 医師からの説明内容に対する本人の受け止め
- 医師からの説明内容に対する家族の受け止め

☑既往歴の有無

- 現在治療している疾患の有無
（「有」の場合は、疾患名と治療管理の方法、管理している人）
- 使用中の薬剤の有無
（「有」の場合は、薬剤名と使用目的、薬剤管理をしている人）

☑嗜好品の有無（「有」の場合は、嗜好品と嗜好状況）
例）アルコール、喫煙

☑アレルギーの有無（「有」の場合は、その内容）
例）薬物、食物

☑健康管理方法の有無（「有」の場合は、その内容）

- 健康管理に対する家族の協力の要否（「要」の場合は、その内容）

☑健康に対してのリスクの有無（「有」の場合は、その状況）

☑その他の健康知覚−健康管理のアセスメントに関係するデータ

「**健康管理方法の有無**」とは、**健康を維持するために普段意識して行っていること**の有無や**医師より指示されている治療計画**（例：高血圧、糖尿病、腎不全、心不全など）の有無のこと、「**健康に対してのリスク**」とは、**転倒の可能性**、**身体損傷**の可能性などのことです

## データ収集における注意点

**1.「主訴」は、対象の言葉で記載する**

その理由　現在、対象が感じている身体感覚がわかるため

**2.「入院までの経過」は、症状出現から入院までのプロセスがわかるように経時的に詳細に記載する**

その理由　症状を自覚したときから入院に至るまでにとった行動から健康状態に対する認識がわかるため

**3.「既往歴」は、既往疾患ごとに〝その疾患は現在はどうなっているのか（転帰）〟を記載する**

その理由　入院中も管理していく必要のあることがらの有無、入院中に状態の観察をしていく必要のあることがらの有無がわかるため

## アセスメント例

例1

健康認識については、症状の出現に対して受診行動がとれているため問題はない。健康管理については、健康を維持するために普段から運動を心がけており、食事にも気をつけているとのことから問題はない。また、現在、強度の倦怠感によりベッド上安静になっているが、トイレ歩行のみ可となっており、歩行に際しては下肢に力が入らないと言っていることから、トイレ歩行時は転倒の可能性がある。

例2

健康認識については、症状の悪化により受診行動がとれているため問題はない。健康管理については、医師の指示を受けての健康管理ができておらず、今回、症状コントロールが不良な状態になっているため、問題がある。（後略）

医師に指示されている治療計画がある場合の例です

### アセスメントにおける注意点

この枠で見ているのは、**健康状態の認識**や、**健康管理の状況**など!
症状そのものを掘り下げるのは、その症状に適した枠組みで行いましょう

「主訴」に"だるい""痛い"などのデータがあると、このパターン（**1. 健康知覚-健康管理パターン**）でだるさに対してのさらなるデータ、痛みに対してのさらなるデータを収集し、このパターンで収集したデータを活用して「倦怠感」「慢性疼痛」などのアセスメントを行ってしまうことがあります。

このパターンで行うのは、前述した「アセスメントの視点」についてのアセスメントであるため、**主訴で明らかになった症状**についてのさらなるデータ収集は、**その症状の該当するパターン**で行い、収集したデータを活用してのアセスメントもその症状の該当するパターンで行います。したがって、だるさに対してのさらなるデータ収集・アセスメントは**4. 活動-運動パターン**（P.28）、痛みに対してのさらなるデータ収集・アセスメントは**6. 認知-知覚パターン**（P.31）で行います。

## よく挙がる看護診断

- # 非効果的健康管理
- # リスク傾斜健康行動
- # 身体損傷リスク状態
- # 非効果的家族健康管理
- # 転倒転落リスク状態
- # 感染リスク状態

個々の症状は別の枠組みで取り上げよう！

| | |
|---|---|
| # 倦怠感 | ➡ 4. 活動-運動パターン |
| # 慢性疼痛 | ➡ 6. 認知-知覚パターン |

# 2. 栄養－代謝パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

2　患者の飲食を助ける（栄養状態、食事摂取状況、水分摂取状況）／7　患者が体温を正常範囲内に保つのを助ける
4　歩行時および坐位、臥位に際して患者が望ましい姿勢を保持するよう助ける。
　また患者がひとつの体位からほかの体位へと身体を動かすのを助ける（褥瘡）

〈アセスメントの視点〉
- 栄養状態はどうか
- 食事摂取状況はどうか
- 水分摂取状況はどうか
- 嚥下状態はどうか
- 栄養に関連している身体的問題はないか
- 栄養に関連している身体的問題が生じる可能性はないか

※「栄養に関連している身体的問題」として、とくに「褥瘡」は重要になる

## データ収集項目（例）

- ☑日常の食事形態、主食・副食
- ☑治療食（制限食）の有無（「有」の場合は、その内容と摂取状況）
- ☑食習慣（1日の食事回数）（1日3回でない場合は、その理由）
- ☑食欲の有無（「無」の場合は、その状況）
- ☑偏食の有無（「有」の場合は、その内容）
- ☑水分摂取量（摂取量が少ない場合・多い場合は、その理由）
- ☑皮膚の乾燥の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑浮腫の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑口喝の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑嚥下障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑身長・体重・BMI*（**表1**）
  - 短期間での体重の変化の有無（**表2**）（「有」の場合は、その状況）
- ☑体温：通常の体温と入院時の体温
- ☑褥瘡の有無（「有」の場合は、その状況）
  - 褥瘡リスクの有無（「有」の場合は、その要因）
- ☑栄養に関する検査データ（**表3**）
- ☑その他の栄養−代謝のアセスメントに関係するデータ

＊【BMI】body mass index

## データ収集における注意点

**1.「治療食（制限食）」は、食事内容とその食事の摂取状況を記載する**

その理由　対象の健康状態にあった必要な食事摂取ができているか否かがわかるため

### 表1 BMIの見かた

計算式

$$BMI=\frac{体重[kg]}{(身長[m])^2}$$

基準値

| | | |
|---|---|---|
| 低体重（やせ） | | 18.5未満 |
| 普通体重 | | 18.5以上25.0未満 |
| 肥満 | 1度 | 25.0以上30.0未満 |
| | 2度 | 30.0以上35.0未満 |
| | 3度 | 35.0以上40.0未満 |
| | 4度 | 40.0以上 |

**表2** 体重変化の見かた(体重減少率)

計算式

$$\text{体重減少率[\%](\%LBW}^*\text{)} = \frac{\text{過去の体重[kg]} - \text{現在の体重[kg]}}{\text{過去の体重[kg]}} \times 100$$

＊[%LBW]%loss of body weight

基準値

| 期間 | 有意な体重減少 | 重度な体重減少 |
|---|---|---|
| 1週間 | 1〜2% | >2% |
| 1か月 | 5% | >7.5% |
| 3か月 | 7.5% | >10% |

**表3** 栄養に関するおもな検査データ

| 検査 | 基準値 | 栄養障害時 |
|---|---|---|
| 総タンパク(TP) | 6.5〜8.0g/dL | 低値 |
| アルブミン(Alb) | 3.9〜5.1g/dL | 低値 |
| コリンエステラーゼ(ChE) | 214〜466U/L | 低値 |

短期間で変化があればその状況もアセスメント！

## アセスメント例

例

栄養状態については、BMIや検査データはやや低値であるが、現在、食事摂取はできているため問題はない。しかし、BMIや検査データはやや低値であることから栄養状態の観察は必要である。必要な水分は摂取できており、嚥下障害がないことから水分摂取や嚥下については問題ない。しかし、現在、強度の倦怠感によりベッド上仰臥位でいることが多いことから、褥瘡の生じる可能性がある。

## アセスメントにおける注意点

「広い意味で食事に関連していること」ではなく、**栄養と代謝に関すること**に焦点をしぼろう。例えば、摂食のための「動作」の問題は別の枠組みです!

〝治療食(制限食)あり″になっていると、「治療食を摂取しているため健康管理に問題はない」というアセスメントをしてしまうことがありますが、このような健康管理についてのアセスメントは、**1. 健康知覚-健康管理パターン**(P.22)でのアセスメントになります(P.24「データ収集における注意点」参照)。

また、「その他の栄養ー代謝のアセスメントに関係するデータ」に〝麻痺により自分で食事摂取ができない″などのデータを入れてしまうと、「摂食セルフケア不足」というアセスメントをしてしまうことがあります。このようなアセスメントは、**4. 活動-運動パターン**(P.28)のアセスメントです。

## よく挙がる看護診断

#栄養摂取消費バランス異常：必要量以下　#嚥下障害　#誤嚥リスク状態　#皮膚統合性障害　#褥瘡リスク状態

# 3. 排泄パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

3　患者の排泄を助ける（排尿、排便）

〈アセスメントの視点〉 ●排尿状態はどうか ●排便状態はどうか

## データ収集項目（例）

- ☑**排尿回数**（日中、夜間）（**表1**）
- ☑**尿意の有無**（「無」の場合は、その状況）
- ☑**排尿に関する問題の有無**（表1）（「有」の場合は、その内容）
- ☑**排便回数**（**表2**）
- ☑**最終排便日**
- ☑**排便のために使用するものの有無**（「有」の場合は、その内容・使用状況）
- ☑**便意の有無**（「無」の場合は、その状況）
- ☑**排便に関する問題の有無**（「有」の場合は、その内容）
- ☑**腹部症状の有無**（「有」の場合は、その症状）
- ☑**その他の排泄のアセスメントに関係するデータ**

## データ収集における注意点

**1.** **「排便のために使用するもの有」において下剤使用の場合は、その使用状況を記載する**

その理由 長年、下剤を使用して排便コントロールを行っているのであれば、下剤を使用していても排便状態に問題はないということがわかるため

**表1 尿のアセスメント**

| | 正常 | 異常 |
|---|---|---|
| **回数** | 5〜6回/日 | ●稀尿：2回/日以下<br>●頻尿：10回/日以上<br>※回数は必ずしも特定できない |
| **量** | 1,000〜2,000mL | ●無尿：100mL/日以下<br>●乏尿：400mL/日以下<br>●多尿：2,500mL/日以上 |
| **色調** | 淡黄色（たんおうしょく）〜黄褐色（おうかっしょく）（透明） | ●血尿（褐色、赤褐色）：赤血球が混入<br>●膿尿：白血球が混入<br>●乳白色：リンパ液が混入 |

**表2 便のアセスメント（回数）**

| | 正常 | 異常 |
|---|---|---|
| **回数** | 1〜2回/日 | ●便秘：本来体外に排出すべき糞便を十分に排出できない状態 |

**表3** ブリストル便性状スケール

| タイプ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 便秘 | | 正常 | | | 下痢 | |
| 形状 | コロコロ便：硬くコロコロした便(ウサギの糞のような便) | 硬い便：短く固まった硬い便 | やや硬い便：水分が少なく、ひび割れている便 | 普通便：表面がなめらかで適度なやわらかさの便 | ややややわらかい便：水分が多く、ややややわらかい便 | 泥状便：形のない泥のような便 | 水様便：かたまりのない水のような便 |

Lewis SJ, Heaton KW : Stool Form Scale as a Useful Guide to Intestinal Transit Time, *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1997 : 32(9) : 920-924.

## アセスメント例

例

排尿状態においては、尿意があり回数は正常範囲内であるため問題はない。排便においては、10年前から下剤使用にて排便コントロールを行い、2〜3日に1回の排便があることから問題はない。しかし、下剤を使用していることから排便状態の観察は必要である。

### アセスメントにおける注意点

「排泄にかかわるすべてのこと」がここに入るわけではありません。
見ているのは**排尿状態**、**排便状態**ということを忘れずに!

「その他の排泄のアセスメントに関係するデータ」に〝麻痺により自分でトイレに行くことができない″などのデータを入れてしまうと、「排泄セルフケア不足」というアセスメントをしてしまうことがあります。このようなアセスメントは、**4. 活動-運動パターン**(P.28)のアセスメントになります。

また、膀胱留置カテーテルが挿入されている場合は、アセスメントすることなく「感染リスク状態」であると考えてしまうことがあるため、データから対象の状態を総合的にみてアセスメントを行う必要があります(**表4**)。

表4のような視点から「感染リスク状態」と判断された場合、このようなアセスメントは、**1. 健康知覚-健康管理パターン**(P.22)のアセスメントになります。

**表4** 「感染リスク状態」をアセスメントする際の視点（膀胱留置カテーテル挿入時）

- **栄養状態**からみた感染のリスクの可能性
- **免疫状態**からみた感染のリスクの可能性
- 糖尿病などの慢性疾患に罹患している場合は、**その疾患による病態**からみた感染のリスクの可能性
- 以前の入院において膀胱留置カテーテルを留置した際に**感染したという既往**がある場合は、「そのときの状態を聞き、その結果明らかになった状態」と「今の状態」からみた感染のリスク可能性　など

## よく挙がる看護診断

#便秘　#便秘リスク状態　#機能性尿失禁

# 4. 活動－運動パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

1　患者の呼吸を助ける／2　患者の飲食を助ける（食行動）／3　患者の排泄を助ける（排泄行動）
4　歩行時および坐位、臥位に際して患者が望ましい姿勢を保持するよう助ける。
　また患者がひとつの体位からほかの体位へと身体を動かすのを助ける
6　患者が衣類を選択し、着たり脱いだりするのを助ける
8　患者が身体を清潔に保ち、身だしなみよく、また皮膚を保護するのを助ける
12 患者の生産的な活動（あるいは職業）を助ける／13　患者のレクリエーション活動を助ける

〈アセスメントの視点〉
- ADL*はどうか
- 活動に関連している身体的問題はないか

※「活動に関連している身体的問題」として、とくに「循環・呼吸についての問題」は重要になる　＊【ADL】activities of daily living

## データ収集項目（例）

☑**ADLの状態と援助状態（表1）**
（入院前のADLと入院時のADL）
- 食事・排泄・清潔・更衣・歩行など

☑**運動障害の有無**（「有」の場合は、その状況）
☑**バイタルサイン：血圧・脈拍・呼吸**
☑**倦怠感の有無**（「有」の場合は、その状況）

☑**活動に伴う循環・呼吸反応として以下のデータを収集する**
- 呼吸困難感の有無（「有」の場合は、その状況）
- 喀痰（かくたん）の有無（「有」の場合は、その状況）
- 喘鳴（ぜんめい）の有無（「有」の場合は、その状況）
- 咳嗽（がいそう）の有無（「有」の場合は、その状況）

☑**その他の活動-運動のアセスメントに関係するデータ**

## データ収集における注意点

### 1. 「ADLの状態」は、入院前のADLと入院時のADLを記載する

**その理由** 入院時に何らかの理由によりADLが低下していたとしても、入院前のADLができるようにしていくため（身体機能の喪失により、入院前のADLが不可能になった場合は、上記の観点は該当しない）

## 表1 ADLの評価の視点

●一般的な「ADLの評価」の視点と基準は以下の通りです。

〈「ADLの評価」の視点〉

| | 入院前 | 現在 | 援助状態 |
|---|---|---|---|
| 食事 | ( ) | ( ) | ( ) |
| 排泄 | ( ) | ( ) | ( ) |
| 清潔 | ( ) | ( ) | ( ) |
| 更衣 | ( ) | ( ) | ( ) |
| 歩行 | ( ) | ( ) | ( ) |
| 移動動作 | ( ) | ( ) | ( ) |

※入院前・現在の( )には、〈「ADLの評価」の基準〉を記入します。
※援助状態の( )には、〈「ADLの評価」の基準〉「1」「2」「3」の場合、どのような援助が必要なのかを記載します。
例)食事・・・「2」食事のセッティング
歩行・・・「1」杖使用(見守り必要)

〈「ADLの評価」の基準(ADLの状態/援助状態)〉

0 完全に自立
1 器具や装具をすれば自立
2 一部、他者の援助が必要
3 全面的な援助が必要

## アセスメント例

例

ADLについては、現在、疾患によって生じている強度の倦怠感により、自力でのADLは困難になっているため、必要時ADLの援助を行っていく必要がある。活動における循環・呼吸反応については、安静状態においては問題ないが、トイレ歩行などの労作時に呼吸困難感が出現するとのことから、労作時の呼吸困難が問題である。

## アセスメントにおける注意点

体が「動かしづらい」から介助を必要とするのと、「動かしてはいけない」から必要とするのでは意味が違います。後者をこの枠組みに入れないようにしましょう

〝ADLに援助を要する〞と判断された場合に、「セルフケア不足」としてしまうことがあります。しかし、〝ADLに援助を要する〞と判断された対象の状態が、心筋梗塞の急性期などではどうでしょうか。ADLの能力が低下しているわけではないものの、循環動態の関係で病態的に安静度に制限があるために ADLに対しての援助が必要な状態と判断されたときは「セルフケア不足」にはなりません(上記「アセスメント例」参照)。

## よく挙がる看護診断

# 活動耐性低下
# 倦怠感(以前は「消耗性疲労」とされていたもの)
# 非効果的気道浄化
# 排泄セルフケア不足
# 摂食セルフケア不足
# 更衣セルフケア不足

# 5. 睡眠－休息パターン

**【該当する<ヘンダーソンのアセスメントの枠組み>】**

5　患者の休息と睡眠を助ける

〈アセスメントの視点〉 ●睡眠状態はどうか

## データ収集項目（例）

- ☑**睡眠時間**
- ☑**熟睡感の有無**（「無」の場合は、その状況）
- ☑**午睡の習慣の有無**（「有」の場合は、その状況）
- ☑**不眠時の工夫の有無**（「有」の場合は、その内容）
- ☑**睡眠に関する問題の有無**（「有」の場合は、その内容）
- ☑**その他の睡眠のアセスメントに関係するデータ**

## データ収集における注意点

**1. 熟睡感が「無」の場合は、その他の睡眠のアセスメントに関係するデータとして、疲労感の有無を記載する**

その理由　睡眠時間が少なめで熟睡感がなくても、疲労感がなければ、睡眠に問題はないと判断されることがあるため

## アセスメント例

例

夜間の排尿で睡眠が中断されることにより熟睡感がないとのことであるが、睡眠時間に問題はなく、疲労感もないとのことから睡眠状態に問題はない。しかし、熟睡感がないため睡眠状態の観察は必要である。

## よく挙がる看護診断

＃不眠　＃睡眠パターン混乱

## アセスメントにおける注意点

熟睡感がないといった場合は、**アセスメントすることなく「不眠」としない**ように!
データから対象の状態を総合的にみてアセスメントしましょう

　熟睡感がないというデータが収集された際は、日中の眠気の有無、疲労感の有無や表情（活気の有無）、午睡に関するデータを収集し、睡眠の問題の有無を総合的に判断するとよいでしょう。

　また、睡眠薬を使用していたというデータが収集された際は、睡眠薬の使用に関するデータを収集し、睡眠の問題の有無を総合的に判断するとよいでしょう。

# 6. 認知－知覚パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

該当するアセスメントの枠組みはない

〈アセスメントの視点〉 ●認知状況はどうか ●感覚器系はどうか ●疼痛はどうか

## データ収集項目（例）

- ☑意識レベル
- ☑見当識障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑認知障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑理解力障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑知覚障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑視覚障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑聴覚障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑疼痛の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑その他の障害の有無（「有」の場合は、その状況）
- ☑その他の認知-知覚のアセスメントに関係するデータ

## データ収集における注意点

**1.** **〝見当識障害がある〞場合は、時間・人・場所の見当識状態と見当識障害に対する入院前のかかわりを記載する**

その理由 見当識障害があることによる援助の必要性と援助方法を入院直後から考えることができるため

## アセスメント例

例

認知状況については、意識レベルは清明であるが、環境が変わるとたまに場所がわからなくなることがあるとのことから、見当識の状態を観察していく必要がある。感覚器系については、難聴ぎみであるとのことであるが、大きめの声で話してもらえれば聞こえるとのことで問題はない。疼痛については、現在疼痛はないため問題はない。

## よく挙がる看護診断

＃慢性疼痛

## アセスメントにおける注意点

見当識障害＝身体損傷リスク状態ではありません！
身体損傷につながりうる可能性のアセスメントを！

見当識障害があるといった場合は、アセスメントすることなく「身体損傷リスク状態」としてしまうことがあるため、データから対象の状態を総合的にみてアセスメントを行う必要があります。「身体損傷リスク状態」としてもよいのは、見当識障害によって身体を損傷するなどの危険な状況に遭遇する可能性があると判断されたときです（例えば、なぜここにいるのかわからないためベッドから降りようとするなど）。

見当識障害があることで「身体損傷リスク状態」と判断された場合、このようなアセスメントは、**1. 健康知覚-健康管理パターン**（P.22）のアセスメントになります。

決定版 情報収集&アセスメント

# 7. 自己知覚−自己概念パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

10　患者が他者に意思を伝達し、自分の欲求や気持ちを表現するのを助ける
12　患者の生産的な活動（あるいは職業）を助ける

〈アセスメントの視点〉 ●自分のことをどのように思ったり感じたりしているか

## データ収集項目（例）

☑性格
☑入院にあたっての悩みや不安の有無（「有」の場合は、その状況）
☑入院による気持ちの変化の有無（「有」の場合は、その状況）
☑身体機能の喪失の有無
（「有」の場合は、それによる自己の受け止め内容）
☑身体外観の変化の有無
（「有」の場合は、それによる自己の受け止め内容）
☑その他の自己知覚−自己概念のアセスメントに関係するデータ

気持ちの変化の例には、**精神的な落ち込み**・**無気力感**・**絶望感**などが挙げられます。

## データ収集における注意点

### 1. 自己知覚−自己概念パターンのデータ収集の時期を検討する

**その理由** 自己知覚−自己概念パターンのデータ収集は、対象との信頼関係が構築されていないと難しいことがある。データ収集ができたとしても、表面的なデータになってしまう可能性がある。したがって、対象の〝そのときの状況〟によっては、入院直後のデータ収集は控え、入院後しばらくしてから収集するということも大切になるため

## アセスメント例

**例1**
自己概念については、入院による悩みはなく、気持ちの変化はないとのことから問題ない。しかし、「これからどうなるのだろう」と言っていることから、不安はあると思われるため、病気に対する不安状態の観察を行っていく必要がある。

次ページの「アセスメントにおける注意点」の通り、この事例のような「不安」は看護診断には挙げません！

例2 がんで自宅療養をしていたが、強度の倦怠感により予約外で受診し、そのまま入院となった場合

自己概念については、自分から医師に病状や余命を聞き、胃がんによる肺や肝臓への転移があり、予後は厳しい状態にあること、余命は半年ぐらいであることを知った。それに対して、「死ぬ覚悟はできている」と何度も自分に言い聞かせるように言っていること、言うときは、声や手は震えていることから、精神的な混乱状態を抑制しようとしているものと思われ、不安が問題と考えられる。

## アセスメントにおける注意点

患者さんは大なり小なり不安を抱えていますが、
全員に「#不安」の看護診断は挙げません。
挙げるかどうかは、**特別なかかわりが必要か**で判断します

入院にあたっての不安があるといった場合、アセスメントすることなく「不安」としてしまうことがあるため、データから対象の状態を総合的にみてアセスメントを行う必要があります。『看護診断ハンドブック』[4]での「#不安」の看護診断の定義の冒頭は、「自律神経反応を伴う」となっていることから、どの患者も抱えている不安のレベルでは、「#不安」という看護診断にはならないということわかります(**表1**)。「不安」が強度で、「不安」に対して特別なかかわりを必要とする対象に対してのみ「#不安」という看護診断を行います。

### 表1 「#不安」の看護診断に該当する症状・徴候など

- 落ち着きがない、イライラした感じがある
- 眠れないと言う
- 食欲がないと言う(摂取量が減る)
- 何度も同じことを聞く(とくに疾患や病状について)
- 同じ疾患に罹患した人の状態や状況を聞く(とくに今の自分と同じよう状態にあった人の予後について)
- 自分の病状について話す際は、声や手が震えている
- 自分の病状について話す際は、過度に緊張している
- 1人で物思いにふけっていることが多くなる(人と話すことを避けるようになる)

よくみられる自律神経反応にはこのようなものがあります

## よく挙がる看護診断

# 無力感　# 無力感リスク状態　# 絶望感　# ボディイメージ混乱
# 自尊感情状況的低下　# 自尊感情状況的低下リスク状態　# 不安

# 8. 役割ー関係パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

9　(感染や)暴力など、特定の患者がもたらすかもしれない危険から他の者を守る
10　患者が他者に意思を伝達し、自分の欲求や気持ちを表現するのを助ける

**〈アセスメントの視点〉**

- 入院における家族関係はどうか
- コミュニケーションはどうか

## データ収集項目(例)

☑家族構成
☑職業
☑キーパーソン
☑おもな介護者
☑家族の患者に対する心配や気がかりの有無(「有」の場合は、その内容)
☑家族の入院による家族機能についての心配や気がかりの有無(「有」の場合は、その内容)
☑コミュニケーション障害の有無(「有」の場合は、その状況)
☑その他の役割ー関係のアセスメントに関係するデータ

コミュニケーション障害とは、意思の疎通を図りたいという思いがあるにもかかわらず、何らかの理由により、それが困難になっている状態をいいます

## データ収集における注意点

### 1. 入院に関係する役割-関係の範囲でのデータを記載する

**その理由** 役割-関係パターンの概念は広いため、この概念を受けて、対象の仕事や社会における役割まで広げてデータを収集し、アセスメントをしても、看護援助という観点ではかかわることができないことがあるため

## アセスメント例

**例1**

家族関係については、キーパーソンやおもな介護者は妻であり、入院による家族機能についての心配や気がかりはないとのことから問題はない。コミュニケーションにおいては、脳梗塞の罹患によってスムーズに話すことはできないが、ときには筆談を用いて意思表示しているため、問題ない。

**例2**

家族関係については、キーパーソンである妻との関係に問題はない。妻は、退院後、自宅で夫の面倒をみたいと言っているが、妻は高齢であることから面倒をみることに不安を感じているため、退院支援が必要である。また、コミュニケーションにおいては、現在、運動性失語により、思っていることをうまく伝えることができないこと、ジェスチャーで意思表示してもうまく思いを伝えることができないことからイライラしていることが多いため、他者に思いを伝えることができるように援助していく必要がある。

### アセスメントにおける注意点

集めた情報を、**思い込みで判断**するのはキケン!
「こうではないか?」と思うことがあったら、
さらにデータを集めて確かめてみましょう

昨今、退院支援や退院調整との関係で、退院後の家族の介護力という観点も重要になっています。このとき同居してはいないが子どもがいる場合であっても、妻の年齢と妻がおもな介護者であるというデータから「妻は78歳と高齢であり、退院後は老々介護となる。妻1人では夫の面倒をみることは困難であるため、退院後は施設への入居を検討していく必要がある」など、看護者の思い込みによるアセスメントをしてしまうことが多々あります。したがって、上記のように思ったら、これに関するさらなるデータを収集し、対象の状態を総合的にみてアセスメントを行う必要があります。

さらなるデータ収集項目としては、介護者の健康状態、介護者の介護に対する意欲、子どもの介護に対する協力の可能性、社会資源の活用可能性などがあります。

## よく挙がる看護診断

- # 悲嘆
- # 介護者役割緊張
- # 介護者役割緊張リスク状態
- # 言語的コミュニケーション障害

〈精神看護領域において〉

- # 対他者暴力リスク状態

「対他者暴力リスク状態」と看護診断する際は、
- #不安定性情動コントロール
- #非効果的衝動コントロール

のどちらなのかを判別することが重要になります

# 9. セクシュアリティ−生殖パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

3　患者の排泄を助ける（月経）

〈アセスメントの視点〉
- 性に関してどのように思ったり感じたりしているのか
- （女性の場合）生殖機能はどうか

## データ収集項目（例）

☑**性に関しての心配や気がかりの有無**（「有」の場合は、その内容）

【女性の場合】

- ☑**月経の有無**（「有」の場合は、規則的か否か、「無」の場合はその理由）
- ☑**最終月経**
- ☑**月経に関する問題の有無**（「有」の場合は、その内容）
- ☑**生殖に対する心配や気がかりの有無**（「有」の場合は、その内容）

【男性の場合】

- ☑**泌尿器系疾患の有無**（「有」の場合は、その内容）

☑**その他のセクシュアリティ−生殖のアセスメントに関係するデータ**

## データ収集における注意点

### 1. セクシュアリティ−生殖パターンのデータ収集の要否を検討する

その理由 セクシュアリティ−生殖パターンのなかで、「性に関しての心配や気がかり」についてデータ収集は難しい。対象との信頼関係が構築されていたとしても難しい。なぜならば、あまりにもプライベート過ぎるデータだからである。

したがって、「性に関しての心配や気がかり」についての情報は、対象の看護援助を行うにあたって必要がなければ、このデータは収集しないという判断も重要になる。

## アセスメント例

例

生殖については、52歳で閉経しており、生殖に対する心配や気がかりはないとのことから問題はない。

## アセスメントにおける注意点

対象の看護援助を行うにあたって必要がなければ、「性に関しての心配や気がかり」についてのアセスメントは不要です。対象の"そのときの状況"によって、必要時、アセスメントしましょう

## 挙がることのある看護診断

- ＃非効果的セクシュアリティパターン

〈母性看護領域において〉

- ＃非効果的出産育児行動
- ＃非効果的出産育児行動リスク状態
- ＃出産育児行動促進準備状態

# 10. コーピングーストレス耐性パターン

**【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】**

該当するアセスメントの枠組みはない（しかし、「5　患者の休息と睡眠を助ける」でストレスに触れている）

〈アセスメントの視点〉

- ストレスの状況はどうか
- ストレスへの対処法はどうか
- ストレスに対するサポート体制はどうか

## データ収集項目（例）

☑**ストレスの有無**（「有」の場合は、その内容）

☑**ストレスへの対処法の有無**（「有」の場合は、その内容）

☑**ストレス時にサポートしてくれる人の有無**（「有」の場合は、サポートしてくれる人）

☑**その他のコーピングーストレス耐性のアセスメントに関係するデータ**

## データ収集における注意点

**1. このパターンでは、「ストレス」についてのデータを記載する**

その理由 「ストレス」という観点でのデータ収集であるにもかかわらず、「不安」「心配」「気がかり」などのデータを収集していることがある。したがって、「ストレス」の概念を明確にしてデータを収集する必要があるため

## アセスメント例

例

現在、ストレスはなく、ストレス時には妻がサポートしてくれるため問題はない。

## アセスメントにおける注意点

「ストレス」という観点でのアセスメントを行うことに注意が必要です（上記「データ収集における注意点」参照）

ストレスとは心理的ストレスのことであり、ラザルスらの定義でいうところの「人間と環境との間の特定な関係であり、その関係とは、その人の原動力に負担をかけたり、資源を超えたり、幸福を脅かしたりすると評価されるもの」[1]です。このように評価されるストレスフルには、「害ー喪失」「脅威」「挑戦」「利益」の4つのタイプがあるといわれています。

## よく挙がる看護診断

\# 非効果的コーピング

\# 家族コーピング機能低下

〈精神看護領域において〉

\# 自己傷害

\# 自己傷害リスク状態

決定版 情報収集&アセスメント

# 11. 価値－信念パターン

【該当する〈ヘンダーソンのアセスメントの枠組み〉】

11　患者が自分の信仰を実践する、あるいは自分の善悪の考え方に従って行動するのを助ける

〈アセスメントの視点〉 ●人生において価値をおいていることは何か

## データ収集項目（例）

☑人生において重要なこと
☑治療に対して望むこと
☑生きていくうえでの支え
☑信仰宗教の有無（「有」の場合は、生活していくうえでの宗教の重要性を明らかにする）
☑その他の価値-信念のアセスメントに関係するデータ

## データ収集における注意点

### 1. 価値-信念パターンのデータ収集の時期を検討する

**その理由** 価値-信念パターンのデータ収集は、対象との信頼関係が構築されていないと難しいことがある。データ収集ができたとしても、表面的なデータになってしまう可能性がある。したがって、対象の〝そのときの状況〞によっては、入院直後のデータ収集は控え、入院後に収集するということも大切になるため

## アセスメント例

**例**

信仰している宗教はあるが、入院生活における宗教信仰の支障はないため問題はない。

## アセスメントにおける注意点

対象の看護援助を行うにあたって必要がなければ、「人生において価値をおいていること」のアセスメントは不要です。
対象の“そのときの状況”によって、必要時、アセスメントしましょう

## よく挙がる看護診断

#意思決定葛藤　#スピリチュアルペイン
#スピリチュアルペインリスク状態


〈引用文献〉
1. リチャード・S. ラザルス，スーザン・フォルクマン 著，本明寛，春木豊，織田正美 訳：ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究．実務教育出版，東京，1991．

〈参考文献〉
1. 滝島紀子：改訂3版　看護過程から理解する看護診断．丸善出版，東京，2019．
2. 滝島紀子：看護過程・看護診断のわかりやすい教え方．日総研，東京，2019．
3. 看護アセスメント研究会 訳：原書第11版　ゴードン看護診断マニュアル．医学書院，東京，2010．
4. リンダ．J，カルペニート 著，黒江ゆり子 監訳：第11版　看護診断ハンドブック．医学書院，2018．
5. マージョリー・ゴードン，松本光子，草刈淳子 訳：原著第3版 看護診断 その過程と実践への応用．医歯薬出版，東京，1998．
6. ヴァージニア・ヘンダーソン 著，湯槇ます，小玉香津子 訳：看護の基本となるもの．日本看護協会出版会，東京，2016．


**おわりに**

今回は、ゴードンのアセスメントの枠組みに該当するヘンダーソンのアセスメントの枠組みを提示しながら、ゴードンのアセスメントの枠組みを活用したアセスメントを行う際に知っておくとよいと思われることを説明しました。
今回説明した内容が、対象の状態・状況にあった看護援助を行ううえで不可欠な妥当性の高いアセスメントを行う際のお役に立てば幸いに思います。

看護学生に役立つ情報をおとどけ

# プチナースwebがこんなに使える！

## 1 プチナース国試部

月2回、「おもしろ過去問」「国試教室」を配信。国試対策のプロが解説します。Twitter過去問出題のまとめもみられます

## 2 疾患別看護過程・別冊フロク一覧

疾患別看護過程や別冊フロクの一覧があるので、受け持ち患者さんの疾患を探すときなどに便利。掲載予定も確認できます

## 3 オススメ参考書・問題集

実習や国試対策に使える参考書・問題集を毎月1冊ピックアップ。持っていると実習・国試に即役立つものをよりぬいて紹介します

2020年春から、実習・国試に役立つ**新連載**がスタート！第1弾は**3月10日**更新予定です

▼プチナースwebはこちら

プチナース国試部

めざせ国試合格！ 国試対策配信中

http://www.petitnurse.shorinsha.co.jp

いつやる？
何やる？
どう決める？
就職
先輩の就活スケジュール
サークルやボランティアは就活のときのアピールポイントになるので、低学年から積極的に取り組みましょう！
先輩が情報収集で最初に行ったことは、病院の資料請求と合同説明会への参加が多いです！ 病院選びの基準をおさえておきましょう
P.42へGO！
7月
早い先輩は合同説明会に参加しています！
P.43へGO！
大学など（4年制）
1年
2年
専門学校など（3年制）
1年
採用のときに成績を参考にする病院もあるので、1年生から好成績をキープしましょう
12月
早い先輩は合同説明会に参加しています！
P.43へGO！
CONTENTS
P.40 先輩の就活スケジュール
P.42 先輩たちはこうやって病院を選んだ！
P.43 COLUMN 合同説明会って、行ったほうがいいの？
P.44 病院説明会・インターンシップでの質問リスト&見るべきポイントはこれだ！
P.46 面接の3大質問を攻略しよう！
P.48 COLUMN 小論文対策はしたほうがいい？

# もう迷わない

「いつ何をやったらいいの？」
「みんなどうやって病院を決めているの？」
「面接対策どうしよう……」など、
就活に迷いや不安は尽きないと思います。
この特集では、そんな迷いや不安を解消できるように、
たくさんの先輩の声をまとめました！
自分の就活の進行度合いによって、
気になるページから読み始めてください。

アンケート協力 2019年度プチナース特派員・モニター（期間 2019年11月7日～15日）
編集 プチナース編集部

**第1志望以外の病院も見ておいたほうがいい**です。もしダメだったとき次困ります……

人気の病院は**年々競争率が上がってきており、予定よりも早く募集が終わってしまう**こともあります

**8月**
夏休みを利用して**病院説明会**や**インターンシップ**に参加しよう！
P.44へGO！

**3月**
最後のチャンス！
春休みを利用して**病院説明会**や**インターンシップ**に参加しよう！
P.44へGO！

**4月～8月**
いよいよ採用試験！
P.46へGO！
地域によっても異なりますが、8月ごろまでに**内定**を得て就活を終える先輩が多いようです

秋や冬の採用もまだあります。最後まであきらめずに就活しましょう！

3年 ／ 4年
2年 ／ 3年
卒業&就職

**10月～2月**
**国試勉強**や**卒論**が本格化します

就活は**後になればなるほど精神的にもきつくなる**と思うので、**できるだけ早くスタート**することで気持ちにも余裕ができてくると思います

**大学病院などは4月から面接**が始まってしまい、**すぐに定員オーバー**になり締め切ってしまうので**早め早めに行動**したほうがいいと思います！

# 先輩たちはこうやって病院を選んだ！

そもそも先輩たちは何を基準に病院を選んだんだろう……？
病院選びの基準Best3を中心に、参考になる病院選びの基準を紹介します！

病院選びの基準Best3

## 1位 教育制度・研修体制の充実

堂々の1位となりました！　将来のことを考え、新人教育を大切と考える人が多いようです。
認定看護師や専門看護師の資格を取るため、長く働き続けるため、教育制度や研修体制が充実している病院だと安心感が得られます。

**新人研修がしっかりしていると安心**できます。また、将来的に**専門看護師や認定看護師をめざしたい**ので、病院を選ぶ際に**資格取得支援があるかどうか確認**しました

看護師としての基礎を培う新人の期間は、**教育体制の充実度がその後に影響する**と考えました

私が選んだ病院では、**わからないときにていねいに説明してもらえる**ことや、**月1回は必ず新人研修がある**ことで、**1年目でも安心して学べる**と思いました

## 2位 雰囲気・人間関係

「長く働くためには人間関係が重要」という意見が多く寄せられました。雰囲気や人間関係は説明会やインターンシップでよく見ましょう！

P.44へGO！

悪口の多い職場だとそれだけで精神的に疲れると思ったので、**先輩と後輩の仲がいい雰囲気**が大切だと思いました

初めて働く病院なので、**居心地がいいと思える**ことを重視しました。**ピリピリしすぎないなかにも、しっかり緊張感**があるところを選びました

**患者に寄り添う看護ができるよう**、チーム医療の様子を見て病院を選びました

## 3位 行きたい科があるかどうか

行きたい科が決まっている人は最初にチェックすべき項目となります。
先輩たちのアンケートでは小児科や産婦人科、三次救急対応の病院をめざす人がこの項目を挙げていました。

**自分の行きたい科に力をいれている**ところを選びました

**在宅看護がやりたかった**ので、**訪問看護ステーション**があるかどうかで病院を選びました

小児科で働きたかったので、**こども病院であること**を第一条件にしました

## 4位 アクセスがいい、実家から通えるなどの交通面

**家から車で30分**と、大学通学時間とほぼ変わらずとても**通勤が楽**だと思いました

初めての社会人生活にあたり、**何かあったときにすぐに実家に帰れると安心**なので、地元で就職しようと思いました

**実家から遠くなると、将来親の介護ができない**可能性があるため、アクセスしやすいところを選びました

### 5位 福利厚生の充実
**（寮、住宅手当、食堂、特別休暇、健康診断など）**

「福利厚生が充実していると、**スタッフの働きかたもよくなる**」、「**将来育児をしながらも働きたい**という希望があったため、**託児所があり、休暇がしっかり取れる**ところを選んだ」という先輩の声がありました。

### 6位 給与や賞与が高い

「同じような環境で働くのであれば、**もらえる給与は多いほうがうれしい**」という先輩の声がありました。

### 7位 病院の設備の充実

「**新しい病院**で、より高度な**レベルの高い看護を提供したい**」という先輩の声がありました。

**その他、病院選びで重視したこと**

- **保健師や助産師の資格を取るための休職支援**がある
- **大学院に進学できる**大学病院である
- **ワークライフバランスを保てる**勤務体制である
- **急性期、慢性期、在宅と幅広く学べる**病院である

## COLUMN

### 合同説明会って、行ったほうがいいの？

**右図**のように、先輩たちのアンケートでは、就活をした90%以上の人が合同説明会に参加したと回答しています。また、ほとんどの人が「行ってよかった」と思っていることもわかりました。

自分の行きたい病院と比較して視野が広がったり、資料だけではわからない病院の雰囲気を感じたり、就活への意識が高まったりと、いろいろなヒントが得られるようです。ぜひ、早めの時期に参加してみましょう！

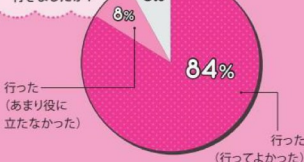
**気軽にさまざまな病院のブースに入れる**ため、**1回の参加で比較検討しやすかった**です。**興味ある病院を絞る**こともできました。**時間と交通費の節約**にもなります

**早くから就活している人がこんなにいるんだと刺激**になりました

**資料の情報からではわからない**、病院のスタッフの方の対応で**病院のイメージが変わりました**

**1年生の7月に初めて合同説明会に参加**しました。かなり早めの参加で、いろんな病院の教育体制などを知ることができ、**病院選びの判断材料を多く得られました**

**気になる病院のブースへ何度も話を聞きに行く**ことができました。また、**その場で友だちと意見を共有**したのもよかったです

point 02

# 病院説明会・インターンシップでの質問リスト&見るべきポイントはこれだ!

説明会やインターンシップでは、「この質問しておけばよかった……」「ここを見ておけばよかった……」と後悔しがちです。そうならないよう、しておくとよい質問や見るべきポイントをチェックしましょう!

## 病院説明会

就活をした80%以上の先輩が病院開催の説明会に参加し(**右図**)、みんな「行ってよかった」と回答していました。

下記の先輩のアドバイスを参考に自分が聞きたい質問を用意し、見るべきポイントもおさえておきましょう!

### しておくべき質問リスト

せっかくなので病院のパンフレットに載っていないようなことをくわしく聞きましょう! このリストを参考に自分の聞きたいことを考えてみてください。

**病院の特徴**

- ☑病院の強み
- ☑その病院独特の科の特性
- ☑働いてよかったところ

> 勤務体制や新人研修、職場環境や働いてよかったところなどは、**1年目の看護師さんに聞くと聞きやすく**、働く自分のイメージがしやすいです

**勤務体制・給与・福利厚生**

- ☑勤務体制は何か(3交代制、2交代制など)
- ☑残業など、実際に働く環境の様子
- ☑残業代はどれくらいか
- ☑くわしい福利厚生面

> 残業時間や新人の頃は情報収集のためにどのくらい前に出勤していたかを聞くことで、入職後**一人暮らしをすべきなのか、それとも自宅から通えるのかを判断する指標**にしました

**教育体制・支援制度**

> 資格支援は病院によって違うため、**どんなことを将来したいのかを見据えた質問**ができると、長く働くことができると思いました

- ☑資格支援
- ☑大学院進学への支援
- ☑新人研修は何をやるのか
- ☑研修は勤務時間内で行われるか/手当がつくのか
- ☑1年目看護師の課題の量・頻度
- ☑教育体制

**採用試験**

- ☑試験対策は何をするとよいか
- ☑採用試験の方法
- ☑求める人材・看護師像

**その他**

- ☑育児・介護休業からの復職率
- ☑離職率
- ☑どうやって配属が決まるのか
- ☑配属希望は通るか
- ☑人間関係

### 見るべきポイント

説明会では話を聞いて質問をして終わりというイメージがありますが、それだけではもったいない! 見学の機会があれば積極的に参加し、看護師さんどうしが話す様子や患者さんへの接しかたも見てみましょう。自分が働くイメージをもつことができます。

- ☑ナースステーションの様子
- ☑看護師さんどうしの会話や雰囲気
- ☑看護師さんの患者へのかかわりかたや態度
- ☑病院内の設備・環境
- ☑病院の寮の様子

就活をした90%以上の先輩がインターンシップに参加し(**右図**)、みんな「行ってよかった」と回答しています。「インターンシップに行くまでは自分の偏見や資料上の情報で判断していた」という声も聞かれました。よりリアルな情報を得るため、ぜひ参加してみましょう！

## インターンシップって、そもそも何するの?

先輩たちに聞くと、インターンシップでは

- 病院の概要説明
- 看護師さんについて回るシャドーイング
- 病棟・寮などの施設見学
- 清拭、陰部洗浄などのケア
- 座談会や質疑応答

を行うことが多いようです。その他にも、先輩看護師さんとの昼食、オペ室ナース体験や外来の患者さんとの面談の見学、インターンシップ参加者たちで意見交換会、看護部長との面談を行ったという先輩もいました。

## しておくべき質問リスト

病院説明会と重なる質問もありますが、現場にいる看護師さんに現場で聞くことができるため、リアルな情報を得られます。このリストを参考に自分の聞きたいことを考えてみてください！

### 病院の特徴

- ☑なぜこの病院を選んだのか
- ☑病棟のルール
- ☑新人(1年目)が行っていること
- ☑働いていて大変なこと
- ☑一番つらいこと
- ☑働いてよかったところ
- ☑職場でのそれぞれの立場の関係性

「病棟のルール」や「新人が行っていること」を聞くことで、**実際に働いたときのイメージ**を膨らませることができました

### 勤務体制・給与・福利厚生

- ☑給与
- ☑残業の有無
- ☑福利厚生

説明会だけではなく、**現場の看護師さん**に話を聞くことで実際どうなのかを知ることができました。とくにお給料の話はしにくいですが、そういう**しにくい話ができそうな雰囲気か**見られたため聞いてよかったです

### 教育体制・支援制度

- ☑新人研修の内容
- ☑どのように新人に教育しているのか
- ☑教育体制

### 採用試験

- ☑試験の内容
- ☑内定通知後、いつごろ次の連絡がくるか

小論文の設問について聞いたところ、毎年同じだと教えてもらうことができ、実際に**教えてもらった内容と全く同じ内容が出た**ので、あせらず受験できました

### その他

- ☑国試の勉強方法
- ☑仕事と子育ての両立について
- ☑人間関係
- ☑1年目に苦労したこと

子育てしながら働いている看護師さんに、**仕事と子育ての両立**が難しいのか、何か支援があるのか聞きました

## 見るべきポイント

現場を間近で長い時間見られる貴重な機会です。インターンシップの業務を一生懸命やりつつ、客観的に病院の雰囲気や職員の方の様子を見てみましょう！

- ☑病棟の雰囲気
- ☑患者さんとのかかわりかたや声かけ
- ☑病院の設備

先輩看護師さんの患者さんへの接しかたは、**いちばん身近なお手本になる**と思ったのでここをいちばん重視しました

インターンシップが土日だと、平日のバタバタした状況の日常の雰囲気がつかみづらいので、できれば**平日の参加をおすすめ**します

point 03

# 面接の3大質問を攻略しよう！

面接で聞かれることは多岐にわたるようですが、よく問われる3大質問をおさえておけば大丈夫です。
だいたいの質問は3大質問を応用して答えられるくらい、しっかり考えておきましょう。

面接の3大質問

1 志望動機・看護師をめざした理由

2 自己PR

3 実習で大変だった・印象に残ったこと

それぞれの質問を答えるポイントとともに解説します！

## 1 志望動機・看護師をめざした理由

先輩からのアドバイス

❶ **具体的なエピソードを入れる**

❷ **自分が病院に合っていることを伝える**

❸ **素直に答える**

先輩からのアドバイスで最も多かったのが、「具体的なエピソード」を入れること。「事故に遭遇し心肺蘇生をしている看護師さんを見て憧れた」、「家族が病気になり、病気の人を助けたいという気持ちが強くなった」など、自分の経験を具体的に織り交ぜてみましょう！

また、病院の志望動機と看護師をめざした理由を絡めて、その病院が自分に合っていることを伝えるのもポイントです。

自分がこの病院に就職したい理由を**素直**に述べました。**インターンシップで感じたこと**や看護部の理念が自分の**めざす看護師像と一致**していること、ここで看護師として成長したいことなどを伝えました

さまざまな病院のインターンに行って**それぞれの特徴や機能を知っておく**ことで、**その病院ならではの志望動機**を話すことができると思います

「中学生のときに母がめまいの病気になり、何もできない自分に無力さを感じました。それから病院で苦しむ人を助けたいという気持ちが強くなり、看護師をめざすようになりました」と**具体的なエピソード**を入れて答えました

## 自己PR

**先輩からのアドバイス**

❶ **病院にどのように貢献できるのか考えておく**

❷ **家族や友だちに自分の長所や短所を聞いてみる**

❸ **具体的なエピソードを入れる**

自己PRは看護師になったときに生かせるものにしましょう！　思いつかない場合は家族や友だちに聞いてみるのも1つの方法です。「友人から言われる長所・短所」、「自分のことをまわりはどう思っているのか」などを面接で聞かれる場合もあります。ここでも「具体的なエピソード」を入れ、自己PRに説得力をもたせましょう。

自分のことを**客観的に**とらえられるように、**まわりの人とお互いの強みと弱みを話し合い**ました。他者の意見をもとにどう強みを活かすのか、弱みを改善するのか意見をまとめるといいですよ

短所について話すときに、自分が**短所を認識したエピソード**と**具体的な対処法**を入れました。対処法は難しいことでなくても**実際にやっていること**を伝えるのがいいと思います

## 実習で大変だった・印象に残ったこと

**先輩からのアドバイス**

❶ **手短に話せるよう、あらかじめ実習のエピソードをまとめておく**

❷ **看護師になったときに実習の経験をどう生かすか、関連づけて話す**

実習は複数回あるので記憶が混ざらないように、しっかりと整理しておきましょう。成功談でも失敗談でも、看護師になったときにその病院でどう生かせるかが重要になります。実習での経験と自分の将来の看護師像を結びつけておきましょう！

**手短に**、思っていることが**的確に伝わるように**、また**順を追って話せるように**、事前に考えていきました

「今まで立てた**看護問題とその内容**は何か。そこからどんな計画になったのか」まで聞かれました。「脳梗塞の患者さんを受け持ち、その方の看護問題として転倒転落のリスクを挙げ、その方のADLや麻痺のレベルは……」と**具体的に**話しました

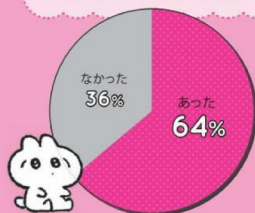
**面接は会話のようなコミュニケーション**です！　**答えに詰まったときは黙ってしまうのではなく**、「少し考える時間をいただいてよろしいですか」と聞いたり、質問を復唱したりして大丈夫だと思います

面接練習は一字一句覚えるような練習ではなく、**自分の言葉で何を伝えたいか**を覚えていたほうが本番で緊張していても話せると思います！

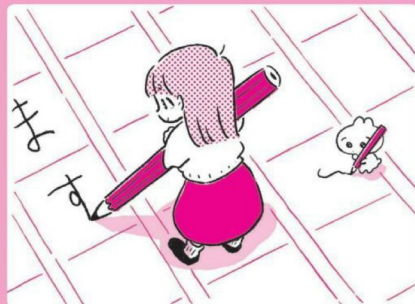
COLUMN

# 小論文対策はしたほうがいい？

右図のように、60%以上の先輩が就職試験で小論文が「あった」としています。

昨年は以下のようなテーマで小論文の出題があったそうです（各600〜800字）。患者さんをテーマにしたものから1つ、看護観や倫理をテーマにしたものから1つ、社会的テーマのものから1つなど、いくつかピックアップして書く練習をしてみてください。書いたあとは学校の先生やキャリア支援センターの方に添削してもらいましょう！

## テーマの例

### 患者さんをテーマにしたもの

- ☑今まで出会った患者さんとのエピソードのなかで印象に残っていること
- ☑心に残っている患者さんとの場面
- ☑患者さんの立場から考えたこと
- ☑どんな困難に直面して、どう乗り越えたか
- ☑患者さんとの信頼関係構築に必要なもの

### 看護観や倫理をテーマにしたもの

- ☑看護師像と看護観について
- ☑あなたの看護観
- ☑看護師として病院に何ができるのか
- ☑（公立病院の試験）公務員の看護師としてできること
- ☑倫理問題について
- ☑病院の倫理面について
- ☑ケアリングに基づいて行う看護での対象への効果

### 社会的テーマのもの

- ☑働き方改革における看護師のワークライフバランスについて
- ☑病院のなかのチーム医療について、看護師はどのようにかかわるべきか
- ☑病院から在宅へつなげる際の看護師の役割について
- ☑受動喫煙を防ぐ方法

起承転結で、**「承転結」の部分はどのような内容がきても使えるように**先生と**事前に考えて**おきました。**「起」の部分もある程度テンプレートは考えて**おきました。それを元にさまざまな題で練習しました

**インターンシップでテーマを教えてもらっていた**ため、その内容についてひたすら小論文を書き、**先生に添削**してもらっていました

**先輩の試験報告書を見て**、過去のテーマを一度書いて大学の**キャリア支援センターの方に添削**してもらいました

petit share

# プチシェア!

看護学生の「ちょっと言いたいこと」や「あるある」を
みんなでたのしくシェアしよう!

## no.12 今月のテーマ 今だから笑って話せる失敗

### なぜかズボンが2本

実習先でカバンを開けたら、家を出る前に確認したはずだったナース服の**上着が入っていなかったのに、ズボンは2本入っていました。**

★ちはる、3年生

### 元気に答えたのに

看護師さんに「ごはん食べた?」と聞かれたので、「はい、食べました!」と答えたら、**自分が聞かれていたのではなく、患者さんへの質問でした。**

★あーちゃん、2年生

### おばあちゃんに話しかけたつもり

実習のとき**指導ナースさんのことを「あのさ! おばあちゃん!」**と、いつも家でおばあちゃんに話すように呼んでしまいました! 間違いに気づいたときは、**びっくりして倒れるかと思いました。**

★まんもて、4年生

### 何も持たずに実習へ!

実習のとき、**持ちものをすべて学校に置いたまま、忘れてしまいました!** 時間があったので学校まで取りに帰りましたが、**自分は何をしに行ったんだろう**……と思いました。

★こっこ、2年生

### パジャマ姿で全力疾走!?

実習先の病院へ向かっている途中で、**ロッカーの鍵を忘れたことに気づきました。**つき合っている彼に連絡してみると寝起きだったのですが、**パジャマ姿のまま私の家に鍵を取りに行って**電車に乗り、駅から病院まで走って届けてくれました。

★あやか、3年生

投稿は24時間受付中!

petitnurse@shorinsha.co.jp
(PC・スマホ・携帯からOK)

e-mailの場合は、住所と名前をお忘れなく!
採用者には「**プチナースオリジナル3色ボールペン**」を、また2019年度内に3回採用された方には「**プチナースオリジナルペンケース**」をプレゼント!

最終回

みんなの"気になる"を掘り下げる!

# 特派員のプチ会議

## 今月の議題 実習中の食事、どうしてる?

お昼はポットタイプのお弁当箱にポトフやシチューなど温かいものを入れるようにしていました！　日々のカンファレンスに緊張することもありますが、**体が温まるとリラックスできる**ような気がします。

渡辺香穂さん
京都看護大学看護学部看護学科3年生

朝ごはんはゼリーを吸いながら学校に行き、昼・夜はコンビニで弁当を買っています。つくる余裕はないので、そのぶん**お金は気にせず食べたいものを買ってコーピング**しています。

藤野愛弓さん
佐賀大学医学部看護学科3年生

昼食はバランスよくお弁当を食べて、**夕食はまとめて時間を取らずこまめに分けて食べます**。その合間に記録をします。一度にがっつり食べると眠くなってしまうからです。

三井弓奈さん
新潟医療福祉大学
看護学部看護学科2年生

朝が早かったため、朝食は軽く食べられるものを持って病院の控え室に着いてから食べていました。お昼はたくさん食べると眠くなるので、あまり量は食べず、**クエン酸など目が覚めるようなものを摂取**。夜は食べたいものを食べるようにしてストレスのない食生活にしていました。また、風邪を引かないよう、野菜やフルーツなどを多く摂取するようにしていました。

竹村紀香さん
東京医療学院大学保健医療学部看護学科4年生

白米だけだと糖質しかないので、ご飯を炊くときに**魚の缶詰を入れて炊き込みご飯にして**、おにぎりをつくってます！　炊けたら握るだけなので簡単です。

原田夕睦さん
YIC看護福祉専門学校2年生

Illustration：Yuu Sugiura

最終回

## わたしが実習でうれしかったこと

プチナース特派員が実習でうれしかったできごとを綴ります。

眼科の患者さんを受け持ったときに、ADLは自立しており学生ができることはないのでは？　と悩んでいました。ある日、クリニカルパスでは売店に行けることになっていたのですが患者さんに尋ねると「眼帯で視野が狭いから1人で行くのは怖い」と言っており、歩行介助の演習を思い出していっしょに売店へ行きました。「入院からしばらく飲めなかったドリップコーヒーが飲めてうれしい」と笑っている患者さんを見て、売店に行くだけでも入院する患者さんにはありがたいものなのだなと感じ、日常を守ることも看護なのかなと思いました。

水嶋百合子さん　札幌市立大学看護学部看護学科2年生

Illustration：Oco Nishimura

執筆
上村久子
株式会社メディフローラ
代表取締役
組織力アップトレーナー／
看護師・保健師・心理相談員
Illustration：Ayaka Sumida


**Q** ナースに「誤解される態度」と言われたけれど、ピンとこない…

**A** 誰しも自分が一番見えない！　他者から言われるよりも、自分で気がつくことができる工夫を。

誰もが自分なりによいと思ったやりかたで患者さんと接していますね。そのなかで先生や実習先の看護師から「誤解される態度である」との指摘はとても悲しいですし、納得しにくいものです。「本当のところはどうだろう？」と思ったら！　客観的に自分を振り返る工夫をおすすめします！　一番のおすすめは動画を撮ること。自分の言動をいちからすべて覚えることは困難ですから、事実を客観的に見て評価ができる動画は一番インパクトがありますよ！　それでもピンと来なかったら、あなたが信頼する先生や友人といっしょに動画を見てみましょう。実際に米国の医療者教育機関では、自分たちの言動を動画で振り返ることを大切にしているそうです！

目は“前”についており、自分のことが一番見えていません。誰でも他者から指摘されたくないものですので、成長のためにできる工夫を考えてみましょう！　ただし、動画なら自分だけを撮るようにするなど、個人情報の取り扱いには十分に注意してくださいね。

執筆・イラスト　看護師のかげさん

看護師・イラストレーター。看護師・塾講師の経験を活かし、視覚で印象に残るイラストと臨床に基づく使える知識をSNSで発信中。院内で新人看護師向けの勉強会も行っている。Twitterのフォロワーは約4万7千人。
Twitter&Instagramアカウント▶@877_727


## 第17回
## 患者さんの趣味や特技などを聞いたら「ない」と言われた

患者さんのケアに個別性を出すために趣味や得意なことを聞いてみたら、答えは「特にない」。会話が続かず、「患者さんと話したいことも話せないなんて看護師になって大丈夫かな」と思ったことがありました。患者さんは、話すことが好きな人もいれば苦手な人もいます。患者さんとの少しの会話のなかにもケアのヒントがあります。看護学生は患者さんへの治療を行うチームの一員です。話さなくてもできるケアがあるので、心配せず向き合ってみてください。

▶▶ 実習に関するお悩み募集中！ 読者ハガキで送ってね

病棟の外でも、看護の力は必要とされています。
さまざまな場所で活躍する方々に、そのお仕事内容や魅力を聞いてみましょう!

# ペンションを経営するナース

答えてくれた方

**桐木智一さん 桐木真由美さん**

看護学校卒業後、大学病院に勤務したのちに北海道に移住。複数の病院と訪問看護ステーションでの勤務を経験し、今に至ります。看護師の資格を活かした仕事を探すうちに、障害をもった方は旅行しづらいという現実を知り、宿のオーナーに行きつきました(智一さん)。

**ペンションのオーナーになるには**

自施設でお客さんに食事を提供する場合、「食品衛生管理者」という資格が必要です。ですが、これは数時間の講習を受けることで誰でも取得できます。なので、資格は大きな問題とはなりません。しかし、開業にはさまざまな準備・手続きが必要で、こちらが大変です。
開業資金も必要ですし、ペンションとして使う物件も確保しなければなりません。地元の方に紹介していただき、地域の集会所として使われていた建物をバリアフリーを重視してリフォームを行い、開業しました。

## おもな仕事内容は？

掃除と調理が、実際的な仕事のほとんどです。私たちが経営する「和みの風」は宿泊施設であり、病院ではありません。そのため、食事介助や点滴などの病院や介護施設で行うようなことは行っていません。

「では、何が特徴なの？」と思うかもしれません。私たちのペンションは、部屋とトイレの位置関係や食事を摂るホールへの動線、ベッドの高さといったことを看護の視点から考えて配置・設定しています。また、宿泊中のお客さんが体調を崩してしまったときにアドバイスできることも、看護師が経営している宿ならではだと思います。じっさいは無事に滞在できたとしても"専門家"が近くにいるという安心感を提供できているのではないかと思います。

## お仕事の楽しいところは？

「身体に不自由がある」「子どもにアレルギーがあって、一般の宿泊施設では食事を楽しめない」といった、さまざまな事情を抱えたお客さんが「和みの風」には訪れます。旅行を楽しみにして来てくださったお客さんと、さまざまな交流を通して「来てよかった」と喜んでいただけると、うれしく思います。

## どのような人が向いていると思いますか？

ペンションオーナーとして向いているかについては、経営的視点をもてるかがかかわってきます。収益があげられない施設は、どれだけ"よいおもてなし"をしていても撤退しなければなりません。それだけ、宿を経営し続けることは難しいのです。

ただ、看護師の仕事が勤まる人はみな、宿泊業という仕事はできると思います。接する対象(患者さん／お客さん)が何を望んでいるのかを、察することが得意だからです(英語で病院を"hospital"といいますが、この語源はラテン語の「もてなす人」に由来します。同じ語源から派生したのが"hotel"です)。

私たちは「和みの風」の経営を、身体的な事情で不安を抱えている人にも旅という非日常的な時間を楽しく過ごしていただくことにかかわれる、とても魅力的な仕事だと思っています。

〈和みの風〉〒089-0101 北海道上川郡清水町人舞289-38
アクセス：JR根室本線十勝清水駅からタクシーで15分

## プチナース特派員からの質問

お客さんはどのようなところで「和みの風」のことを知って、泊まりに来るのですか？

おもにホームページを見ていらっしゃるようです。
「介護ベッドのある宿」をさがすうちに見つけていただくこともあります

Illustration：Eika

・プチナースセレクト・
# 今月のBOOKS

★ PRESENT ★
**読者プレゼント**
このページで紹介した5冊をそれぞれ1名ずつ、計5名にプレゼントします！
※応募方法はP.58の読者ハガキをご参照ください。※当選者の発表は発送をもってかえさせていただきます。※応募締め切りは3月10日(火)当日消印有効。

PICK UP!

## #01 ナースのための基本薬 第2版

木津純子編／照林社　本体2,400円+税

**医療現場でよく使う650薬を厳選**
**ハンディで見やすい〝くすり〟のトリセツ**

医療現場でよく使われる薬を650品目に絞り込み、ナースが知っておくべき知識をコンパクトにまとめました。商品名、一般名、薬効のいずれかから調べたい薬を探すことができ、剤形や用法・禁忌のポイントは、アイコンでわかりやすく示しています。薬効ごとの注意点は「ケアのポイント」、医薬品独自の注意点は「ナースのための知識」として解説しています。

医学の進歩とともに医薬品による医療事故が増加するなか、第一線で患者さんのケアを実践するナースが薬の知識を身につけるのはとても大切なことです。本書は膨大な情報からナースのためになるものを厳選しているので、看護学生の学習にもきっと役立ちます。

## #02 若い読者に贈る美しい生物学講義 感動する生命のはなし

更科功著／ダイヤモンド社
本体1,600円+税

変化の時代、「生き残りの秘訣」は生物から学びたい。「生物とは何なのか」「科学とはどんなものか」「生物に共通する性質、進化、多様性」「実際の生物、動物や植物について」など、最新の知見を親切かつユーモアたっぷりに解説しています。生物学に興味のある方におすすめの１冊です。

## #03 ナース&ピース 病棟をうまく転がる処世術

中堅ナースのつぶやき著、本田明監修、駆け抜けるおにぎりイラスト／メディカ出版　本体1,400円+税

国家試験に合格してようやく念願のナースになった新人さんたち。しかし、働きはじめると、業務内容より職場の人間関係に強いストレスを感じてしまう方が多くいるそう。そんな人間関係に不安を抱く看護学生にもおすすめの、病院内での出世術、先輩スタッフとのかかわり合いかたを学べる１冊です。

## #04 よしことクマオ キミのポケットの中には。

ウマカケバクミコ著／玄光社
本体1,500円+税

本誌の表紙でも大人気のウマカケバクミコさんが描く、初のストーリー絵本。恐がりの女の子・よしこと、熊のクマオが、悲しそうな人、悩んでいる人のポケットに飛び込んで元気の出るおまじないの言葉「きっと、ウマクイク！」を唱えます。疲れた心にそっと寄り添ってくれるような１冊です。

## プチナース特派員のおすすめ本

今月のテーマ　気分転換にぴったりの1冊

### 道をひらく

松下幸之助著／PHP研究所　本体870円+税

本書はPHP研究所の機関誌「PHP」の裏表紙に著者の松下幸之助が連載してきた短文のなかから、121篇を選んでまとめたものです。時にふれ、折りにふれての感懐をそのまま綴った一篇一篇は、身も心もゆたかな繁栄の社会を実現したいと願う松下幸之助の想いが詰まっています。

おすすめした特派員
堂下智美さん
鹿児島中央看護専門学校
3年課程看護科・3年生

▶ここがおすすめ！

勉強のやる気がなくなったときに、いつもこの本にある言葉に背中を押してもらっています。社会人になってからもずっと支えとなること間違いなしの1冊です。見開き1ページの読み切りなので、読みやすいです。単行本サイズは、表紙を裏返すと可愛いデザインに変身するところも魅力的です！

次号予告

# プチナース 4月号

3月10日(火)発売!

2020 April
Vol.29 No.4

\ 4月号は、ごうか2大フロク! /

別冊フロク
かげさんがつくった
**看護実習 POCKET BOOK**

＋

特別フロク
きれいなノートがつくれる!
**解剖生理 白地図帳**

ビニールカバーつき 84ページ！

ノートづくり等に役立つ、臓器のイラスト満載！

2大特集

## 実習が得意になる!

みんなが悩む3大テーマを集めました!

- 自分に合う方法はこれ! **実習記録のコツ**
- ズバッと伝わる **報告のしかた**
- もう迷わない **時間管理&行動調整**

春を迎え、いよいよはじまる&本格的になる臨地実習。
看護学生がニガテとしがちな「実習記録」「報告」「時間管理&行動調整」という3つのテーマについて、教科書だけでは学べないポイントを解説します！

\ 即マネできる! /

## 学年トップの勉強法

優秀な学生の勉強法には、秘密があるはず……。時間の使いかた、テスト勉強や実習の事前学習、国試の勉強の方法、プリント整理術など、気になることをぜんぶ教わってきました！

新連載

取り外せる別冊

事例でわかる! 疾患別看護過程
**慢性心不全**

ゴードンの枠組みでアセスメント

▶友だち追加方法
LINE→友だち→検索→プチナース
ID検索からは@petit_nurseで友だち追加してね!
＊18歳未満のユーザーはID検索ができません。
ほかの方法で友だち追加してください。

▶ツイッター @petit_nurse
▶インスタグラム @puchinurse
▶フェイスブック facebook.com/petitnurse
▶プチナースWeb http://www.petitnurse.shorinsha.co.jp

## 編集後記

「学校じまん」(P.5)で取材した学生のみなさんが、高齢の方を自然に気遣いながらテキパキ行動している姿に感動しました！ 私はあまり気が利かない人間なので見習いたいです。(窪田)

2019年度もさまざまな場所で看護学生のみなさんにお会いできました。ありがとうございました！ 来年度に向けてはプチナース特派員のみなさんが決定したところでワクワクしています♪(照井)

今年度もご愛読いただき、ありがとうございました。書店さんや取材先の図書館で手に取ってくださる場面を見かけることが多々あり、とてもうれしく思いました。4月号以降もどうぞご期待ください！(魚山)

とあるドラマにはまり、早く帰った日に少しずつ見るのが最近の楽しみです。もうすぐ卒業のみなさまも、就職後の日々に楽しみを見つけながらがんばれますように。春までもうあと少しです！(角田)

小誌2020年1月号特別付録「国試対策のプロが教えます 第109回これがでる！ 予想問題60問」におきまして、以下の誤りがありました。お詫びいたしますとともに、訂正させていただきます。
●p.22「尿失禁の種類」の表：溢流性尿失禁の治療・ケアから「抗コリン薬」を削除(＝「前立腺肥大症の治療」のみとなる)

＊記事の内容が一部変更になることがありますが、ご了承ください

# プチナース 2019年度 総目次

『プチナース』2019年4月号～2020年3月号

『プチナース』2019年4月号（第28巻第4号）～2020年3月号（第29巻第3号）までの掲載内容を特集、連載ごとに一覧にしています。

## 特集

## 特集（つづき）



＊号数（○号）には増刊号（5月増刊、11月増刊、p.58参照）を含みます。
＊以下より巻・号数を省略しています。

## 〔実習〕取り外せる別冊 経過がわかる！疾患別看護過程 監修／林みよ子

| 月号 | タイトル | | 著者 | 頁 |
|---|---|---|---|---|
| 12月号 | 小児気管支喘息 | 1 注目する病期のPOINT | 監修／林みよ子 執筆／溝口幸枝 | 1 |
| | | 2 患者さんの経過がわかる一覧表 | | 2 |
| | | 3 疾患理解に必要な解剖生理 | | 4 |
| | | 4 看護に必要な疾患の知識 | | 6 |
| | | 5 アセスメントと根拠 | | 13 |
| | | 6 看護診断を導く関連図 | | 15 |
| | | 7 看護診断リスト | | 16 |
| | | 8 看護計画 | | 16 |
| 1月号 | 変形性膝関節症 | 1 注目する病期のPOINT | 監修／林みよ子 執筆／小川朋子 | 1 |
| | | 2 患者さんの経過がわかる一覧表 | | 2 |
| | | 3 疾患理解に必要な解剖生理 | | 4 |
| | | 4 看護に必要な疾患の知識 | | 6 |
| | | 5 アセスメントと根拠 | | 12 |
| | | 6 看護診断を導く関連図 | | 15 |
| | | 7 看護診断リスト | | 16 |
| | | 8 看護計画 | | 17 |
| 2月号 | アルツハイマー型認知症 | 1 注目する病期のPOINT | 監修／林みよ子 執筆／菊本由里 | 1 |
| | | 2 患者さんの経過がわかる一覧表 | | 2 |
| | | 3 疾患理解に必要な解剖生理 | | 4 |
| | | 4 看護に必要な疾患の知識 | | 6 |
| | | 5 アセスメントと根拠 | | 13 |
| | | 6 看護診断を導く関連図 | | 16 |
| | | 7 看護診断リスト | | 17 |
| | | 8 看護計画 | | 17 |
| 3月号 | 子宮がん | 1 注目する病期のPOINT | 監修／林みよ子 執筆／森 知美 | 1 |
| | | 2 患者さんの経過がわかる一覧表 | | 2 |
| | | 3 疾患理解に必要な解剖生理 | | 4 |
| | | 4 看護に必要な疾患の知識 | | 6 |
| | | 5 アセスメントと根拠 | | 13 |
| | | 6 看護診断を導く関連図 | | 16 |
| | | 7 看護診断リスト | | 17 |
| | | 8 看護計画 | | 18 |

## 〔国試〕めざせ国試合格！ #プチナース国試部

| 月号 | テーマ | 著者 | 頁 |
|---|---|---|---|
| 4月号 | 必修問題：目標Ⅱ「6.人間の特性」「7.人間のライフサイクル各期の特徴と生活」 | 執筆／池西静江 | 64 |
| | 一般問題：基礎看護学 | 執筆／大塚真弓 | 66 |
| 5月号 | 必修問題：目標Ⅲ「10.人体の構造と機能」 | 執筆／池西静江 | 72 |
| | 一般問題：成人看護学 | 執筆／大塚真弓 | 74 |
| 6月号 | 必修問題：目標Ⅲ「11-A.疾患と徴候 主要な症状と徴候」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：老年看護学 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 7月号 | 必修問題：目標Ⅲ「12.薬物の作用とその管理」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：小児看護学 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 8月号 | 必修問題：目標Ⅲ「11.疾患と徴候 B.主要な疾患による健康障害と基本的な回復過程、C.基本的な臨床検査値の評価」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：成人看護学 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 9月号 | 必修問題：目標Ⅱ「8.看護の対象としての患者と家族」「9.主な看護活動の場と看護の機能」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：母性看護学 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 10月号 | 必修問題：目標Ⅳ「13.看護における基本技術」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：精神看護学 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 11月号 | 必修問題：目標Ⅳ「14.日常生活援助技術」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：疾病の成り立ちと回復の促進 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 12月号 | 必修問題：目標Ⅳ「15.患者の安全・安楽を守る看護技術」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：健康支援と社会保障制度 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 1月号 | 必修問題：目標Ⅰ「3.看護で活用する社会保障」「4.看護における倫理」「5.看護に関わる基本的法律」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：人体の構造と機能 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 2月号 | 必修問題：目標Ⅰ「1.健康の定義と理解」「2.健康に影響する要因」 | 執筆／池西静江 | 56 |
| | 一般問題：疾病の成り立ちと回復の促進 | 執筆／大塚真弓 | 58 |
| 3月号 | 必修問題：目標Ⅳ「16.診療に伴う看護技術」 | 執筆／池西静江 | 60 |
| | 一般問題：在宅看護論／看護の統合と実践 | 執筆／大塚真弓 | 62 |

## 〔実習〕実習で実践できる！ 基礎看護技術〔基本＋応用〕 執筆／北島泰子、中村充浩

| 月号 | タイトル | 頁 |
|---|---|---|
| 4月号 | 清潔・衣生活援助技術① 清拭 | 16 |
| 5月号 | 清潔・衣生活援助技術② 手浴・足浴 | 16 |
| 6月号 | 清潔・衣生活援助技術③ 洗髪（仰臥位、前屈位） | 10 |
| 7月号 | 清潔・衣生活援助技術④ 陰部洗浄 | 12 |
| 8月号 | 清潔・衣生活援助技術⑤ 口腔ケア | 10 |
| 9月号 | 清潔・衣生活援助技術⑥ 寝衣交換 | 12 |
| 10月号 | 活動・休息援助技術③ ストレッチャーへの移乗と移送 | 12 |
| 11月号 | 苦痛の緩和・安楽確保の技術① 罨法・体温調節 | 10 |
| 12月号 | 症状・生体機能管理技術① 身体計測 | 10 |
| 1月号 | 感染予防技術① 手指衛生 | 10 |
| 2月号 | 感染予防技術② 個人防護用具の装着 | 12 |
| 3月号 | 感染予防技術③ 無菌操作 | 10 |

## 先輩に聞く ナースの仕事 編集／プチナース編集部

| 月号 | インタビュー | 頁 |
|---|---|---|
| 4月号 | 君津中央病院 フライトナース | 14 |
| 5月号 | 横浜市立みなと赤十字病院 がん放射線療法看護認定看護師 | 14 |
| 6月号 | 板橋中央総合病院 消化器病棟 | 8 |
| 7月号 | 埼玉県立小児医療センター NICU | 10 |
| 8月号 | 東京通信病院 内分泌・代謝内科病棟 | 8 |
| 9月号 | 自治医科大学附属病院 ICU | 10 |
| 10月号 | 神奈川県厚木保健福祉事務所 保健師 | 10 |
| 11月号 | 滋賀県立総合病院 循環器病棟 | 8 |
| 12月号 | 東京都立松沢病院 精神科病棟 | 8 |
| 1月号 | 東京都立光明学園 学校看護師 | 8 |
| 2月号 | 国民健康保険 小松市民病院 腎臓内科病棟 | 10 |
| 3月号 | 独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院 脳神経内科病棟 | 8 |

## みんなの学校じまん　編集／プチナース編集部

| 月号 | 学校名 | 頁 |
|---|---|---|
| 4月号 | 浜松市立看護専門学校 | 13 |
| 5月号 | 関東学院大学看護学部 | 13 |
| 6月号 | 浦和学院専門学校看護学科 | 5 |
| 7月号 | 葵会柏看護専門学校 | 9 |
| 8月号 | 川口市立看護専門学校 | 7 |
| 9月号 | 東京情報大学看護学部 | 9 |
| 10月号 | 日本医科大学看護専門学校 | 9 |
| 11月号 | 中部看護専門学校 | 5 |
| 12月号 | 水戸看護福祉専門学校 | 7 |
| 1月号 | 公立小松大学 保健医療学部看護学科 | 7 |
| 2月号 | 東京警察病院看護専門学校 | 9 |
| 3月号 | 埼玉県立大学保健医療福祉学部 | 5 |

## 〔特別記事〕

| 月号 | タイトル | 著者 | 頁 |
|---|---|---|---|
| 5月号 | 第108回看護師国家試験 合格発表速報！ | 編集／プチナース編集部 | 9 |
| 6月号 | デキる学生の面接準備 | 編集／プチナース編集部 | 63 |
| 11月号 | 世界の看護を見に行こう！ 2019年ICN大会inシンガポール | 編集／プチナース編集部 | 6 |
| 3月号 | おさらいしよう！　受かる面接マナー | 編集／プチナース編集部 | 67 |

## 〔付録〕

| 月号 | タイトル | 著者 |
|---|---|---|
| 4月号 | 授業・実習・国試でよくでる・よく出合う NEW疾患まるわかり ガイドおさえておきたい疾患51 | 執筆／岡田一義 |
| | 貼って覚える！ 暗記ポスター① 母性 | 監修／古川亮子 |
| 5月号 | 検査まるわかり POCKET BOOK | 監修／浅野嘉延 |
| | 貼って覚える！ 暗記ポスター② 小児 | 監修／市江和子 |
| 6月号 | 看護アセスメント POCKET BOOK | 編集／プチナース編集部 |
| 7月号 | 解剖生理 POCKET BOOK | 編集／プチナース編集部 |
| 8月号 | 厳選過去問 必修 100 | 編集／看護師国家試験対策プロジェクト |
| 9月号 | 実習記録 POCKET BOOK | 監修／任和子 |
| 10月号 | 周術期実習 POCKET BOOK | 監修／北島泰子、中村充浩 |
| 11月号 | 成人・老年実習 POCKET BOOK | 監修／内田陽子 |
| 12月号 | 第109回国試 ぜんぶ覚える 関係法規BOOK | 編集／看護師国家試験対策プロジェクト |
| 1月号 | 第109回国試 ぜんぶ覚える 統計BOOK | 編集／看護師国家試験対策プロジェクト |
| | 国試対策のプロが教えます 第109回これがでる！　予想問題60問 | 執筆／大塚真弓、株式会社 医教、西井重超 |
| 2月号 | 第109回国試 ぜんぶ覚える 頻出＆ここが狙われる用語 BOOK | 編集／看護師国家試験対策プロジェクト |
| 3月号 | バイタルサイン・看護技術数値 POCKET BOOK | 監修／石塚睦子 |

## 〔臨時増刊号〕

| 月号 | タイトル | 著者 |
|---|---|---|
| 5月号 | 急性期実習に使える！ 周術期看護ぜんぶガイド | 執筆／北島泰子、中村充浩 |
| 11月号 | 看護師国試2020パーフェクト予想問題集 | 編集／看護師国家試験対策プロジェクト |

プチナースのホームページはご覧になっていますか？『プチナース』最新刊の目次のチェックや、バックナンバーの検索および購入が可能です。また、学習参考書の紹介もあります。

URL……http://www.petitnurse.shorinsha.co.jp

平成30年版
出題基準準拠

めざせ国試合格！

# #プチナース国試部

切り取ってファイリングできる！

看護師国家試験の重要・頻出項目の「これだけ覚える」内容を、
国試部の仲間といっしょに学ぼう！

【執筆】
**池西静江** Shizue Ikenishi
Office Kyo-Shien・代表　前(専)京都中央看護保健大学校・副校長
国立京都病院附属看護助産学院、京都府立保健婦専門学校卒業。臨床・教育現場の経験を経て、1995年から京都中央看護専門学校（現（専）京都中央看護保健大学校）に入職。基礎看護学を担当。統合カリキュラム教育への課程変更、さらに4年制の看護学科設立にかかわり、現在はフリーで看護教育を支える役割を担う。

**大塚真弓** Mayumi Ohtsuka
看護師国家試験対策アドバイザー
東京医科歯科大学医学部保健衛生学科卒業。病棟、医院勤務ののち、予備校・イベント等で国家試験対策講座をもつ。

キャラ紹介

**プチ夫**＊2年生になり、国家試験を意識して勉強中（でもマイペース）。部室でよくお菓子を食べている。

**プチ乃先輩**＊国試部の大先輩。何人もの部員を合格に導いてきた。趣味は観劇。推している若手俳優がいる。

**プチパンダ**＊プチ夫の学校に住みついたパンダ。本当はシャンシャンくらい人気者になりたい。

## 今月のテーマ

**必修問題**（P.60）
目標Ⅳ「看護技術に関する基本的な知識を問う。」
「16．診療に伴う看護技術」
「呼吸管理」「褥瘡の予防・処置」「経管・経腸栄養法」「与薬方法」

**一般問題**（P.62）
在宅看護論／看護の統合と実践
「国家・地域間の健康格差」「災害医療」「情報のマネジメント」「訪問看護の概要」「中心静脈栄養法」「胃瘻」

Illustration：Keiko Katsuyama、Kazuhiro Imasaki、Hirohito Murakami

### このコーナーの使いかた

❶平成30年版看護師国家試験出題基準からピックアップした小項目について、それぞれのマークを確認しよう。

❷赤シートで隠したり、メモ欄に書き込んだりして重要ポイントを覚えよう。さらにくわしい知識は、のマークにある『看護学生スタディガイド2020』の関連ページへ！

看護学生スタディガイド2020
編集：池西静江、石束佳子
定価：本体5,400円＋税
本編1,392頁／別冊224頁／照林社

❸覚えた知識を活かして、最終ページ「今月の確認テスト」の予想問題／過去問で力だめし。

❹ミシン目で切り取って毎月ファイリングすれば、自分だけの国試対策ノートに！

# 必修問題

執筆：池西静江

## 酸素療法の原則

Study Guide P.429

□酸素療法は低酸素血症の改善を目的とする。

□一般的に動脈血酸素分圧が60Torr以下、酸素飽和度90%以下になると適応となる。

□酸素の供給源には、①中央配管システム、②酸素ボンベがある。

□酸素ボンベ使用時には火気厳禁とともに、酸素残量の確認が必要である。

**酸素残量＝**
ボンベ容量(L)×圧力計の値(MPa)÷充塡圧(14.7 MPa)

**使用可能時間(分)＝**
酸素残量(L)÷酸素流量(L/分)

□酸素吸入の方法には低流量に対応する鼻腔カニューラ、酸素マスク、リザーバー付き酸素マスクがあり、高流量に対応するベンチュリーマスクがある(表1)。

memo

**表1 酸素吸入の方法と特徴**

〈低流量システム〉

| 酸素吸入方法 | 酸素流量(L/分) | 吸気酸素濃度のめやす(%) | 特徴 |
|---|---|---|---|
| 鼻腔カニューラ | 1 | 24 | ●両鼻腔に挿入する<br>●鼻粘膜への刺激がある<br>●呼吸状態で濃度が変化する<br>●食事や会話がしやすい |
| | 2 | 28 | |
| | 3 | 32 | |
| | 4 | 36 | |
| 酸素マスク | 5 | 40～45 | ●呼気の妨げ防止で排気口がある<br>●食事や会話がしにくい<br>●酸素マスクに隙間があると濃度が低下する |
| | 6 | 45～50 | |
| | 7 | 50～55 | |
| | 8 | 55～60 | |
| リザーバー付き酸素マスク | 6 | 60 | ●呼気時に酸素をリザーバーバッグ内にため、吸気時にたまった酸素を吸うことで高濃度の酸素を得られる |
| | 7 | 70 | |
| | 8 | 80 | |
| | 9 | 90 | |
| | 10 | 95 | |

〈高流量システム〉

| 酸素吸入方法 | 設定濃度(%) | 酸素流量(L/分) | 空気量(L/分) | 総流量(%) | 特徴 |
|---|---|---|---|---|---|
| ベンチュリーマスク | 24 | 4 | 98.1 | 102.1 | ●濃度により6種類のベンチュリーノズルがある<br>●正確な濃度の酸素吸入ができる |
| | 28 | 6 | 60.8 | 66.8 | |
| | 31 | 8 | 54.7 | 62.7 | |
| | 35 | 10 | 46.1 | 56.0 | |
| | 40 | 12 | 37.7 | 49.7 | |
| | 50 | 12 | 20.6 | 32.6 | |

＊このなかで正確な吸気酸素濃度を維持できるのはベンチュリーマスクのみである。

## 褥瘡の予防・処置

［出題基準］
目標Ⅳ-16-H-c

□褥瘡発生の危険性を予測し、予防対策を立てる必要がある。発生した後は深達度を測り、適切な処置が必要である。

□褥瘡発生を予測するスケールにはブレーデンスケール(表2)やOHスケール(高齢者の場合)などがある。

□ブレーデンスケールは、入院24～48時間以内に1回目の評価を実施する。在宅療養者の場合は、寝たきりの状態になったときから実施する。

□褥瘡発生後の深達度を評価するスケールに米国褥瘡諮問委員会(NPUAP＊)による褥瘡分類、DESIGN-R® がある。

□NPUAPによる褥瘡分類はステージⅠ～Ⅳに分けられる。

□DESIGN-R®では褥瘡の状態を評価する。Dは「Depth：深さ」、Eは「Exudate：滲出液」、Sは「Size：大きさ」、Iは「Inflammation/Infection：炎症/感染」、Gは「Granulation：肉芽組織」、Nは「Necrotic tissue：壊死組織」でみる。

＊【NPUAP】national pressure ulcer advisory panel

**表2 ブレーデンスケールの簡易表**

| 項目 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 知覚の認知 | まったく知覚なし | 重度障害あり | 軽度障害あり | 障害なし |
| 湿潤 | 常に湿潤 | たいてい湿潤 | ときどき湿潤 | めったになし |
| 活動性 | 臥床 | 座位可能 | ときどき歩行可能 | 歩行可能 |
| 可動性 | まったく体動なし | 非常に限定 | やや限定 | 自由に体動 |
| 栄養状態 | 不良 | やや不良 | 良好 | 非常に良好 |
| 摩擦とずれ | 問題あり | 潜在的に問題あり | 問題なし | |

＊病院では14点以下、在宅では17点以下を危険のめやすとする。
©Braden and Bergstrom.1988
訳：真田弘美(東京大学大学院医学系研究科)／大岡みち子(North West Community Hospital. IL.U.S.A.)

# 経管・経腸栄養法

□**経管・経腸栄養法**は経口的に栄養摂取が不十分あるいは不可能な対象に用いる。

□**嚥下**機能障害、**意識**障害、**上部消化管**の術後、**食欲**低下・拒食などが対象となる。

□経管・経腸栄養法には栄養剤の投与経路により①**経鼻カテーテル**挿入による**経鼻経管栄養法**と②胃瘻(いろう)、腸瘻による**経瘻孔栄養法**がある。ここでは経鼻カテーテル挿入操作を取り上げる。

□経鼻カテーテル挿入時、患者の体位は、**座位**または**半座位**にして、頸部は**伸展**し、咽頭部に達したら、気管への誤挿入を避けるため**前屈**し、唾液を飲み込むように嚥下運動を促す。

□経鼻カテーテルは鼻孔－耳朶(じだ)－剣状突起までの距離を計測して、挿入の長さのめやすを決める。成人では**50～60**cmで胃に到達することが多い。

□**咳嗽**(がいそう)や**嘔吐**反射がみられたら無理に挿入せずに様子をみる。経鼻カテーテルが口の中でとぐろを巻くことがあるので、開口してもらい確認する。

□経鼻カテーテル先端が**胃**にあることを確認する。確認方法(**図1**)は、①カテーテルから注射器で10～20mLの**空気**を入れて、聴診器で気泡音を聴取する、②注射器の内筒(ないとう)を引き、胃内容物を吸引する。それらで確認できなければ③**X線撮影**をする(必ず複数の方法で確認する)。

**図1 経鼻カテーテル挿入の確認方法**

**❶気泡音の聴取**

- 経鼻カテーテルに、カテーテルジョイントとシリンジを接続。10～20mLの空気を注入したときに、聴診器で気泡音(空気の注入音)が聴取できるか確認する。
- ただし気管内に誤挿入されても、心窩部に気泡音が響くことがある。右肺・左肺・心窩部の3か所に聴診器をあて、気泡音の強弱を比較する。
- 心窩部で最も強い気泡音が聴取できない場合や、気泡音が確認できない場合では、誤挿入が疑われる。その場合、ほかの看護師に確認を求めるか、挿入し直す。

**❷胃内容物の吸引**

- 経鼻カテーテルにカテーテルジョイントとシリンジを接続。胃内容物が吸引されれば、先端が胃内に到達している。
- ただし細い径の場合や経鼻カテーテル先端が胃壁に接触している場合などでは、胃内容物を吸引できないこともある。

**❸X線検査**

- 経鼻カテーテル先端の位置を確認するのに、最も確実な方法である。
- X線検査を行う場合は、レントゲンに写るよう、X線不透過ライン入りの経鼻カテーテルを使用する。

坂本すが, 井手尾千代美 監修, 木下佳子 編, NTT東日本関東病院 看護部：完全版 ビジュアル臨床看護技術ガイド. 照林社, 東京, 2015：582. より引用、一部改変

# 与薬方法

□与薬方法には投与経路に応じて、**経口**、**点鼻**・点眼・点耳、**経気道**(吸入)、**経皮**、**経直腸**、経静脈(注射)などがある。

□経口与薬には**内服**、**口腔内**与薬などがある。

□内服はおもに**小腸**から吸収し、**肝臓**を経て代謝されて**血中**に取り込まれる。

□内服は食事との関連で、服用は食前、食後、食間などに分かれる。食前は食事の**30**分前、食後は直後あるいは食後**30**分以内、食間は食事の**2**～**3**時間後に服用する。

□内服は飲食物と薬物の**相互作用**に気をつけたい(**表3**)。

□口腔内与薬は**舌下錠**、**バッカル錠**、**トローチ錠**により薬を入れる場所が違う(**表4**)。

**表3 飲食物と薬物の相互作用**

| 飲食物 | 薬物 | 相互作用 |
|---|---|---|
| 緑茶、コーヒー | 鉄剤 | 鉄の吸収がカフェインとタンニンによって阻害されるため効果が低下する |
| 牛乳、乳製品 | テトラサイクリン系薬剤 | 薬物がカルシウムと結合して吸収困難となる |
| チョコレート | テオフィリン | 薬効が高まることがある |
| グレープフルーツ(ジュースを含む) | カルシウム拮抗薬 | 薬物の代謝が阻害され血中濃度が上昇するため薬効が高まる |
| アルコール | 抗てんかん薬<br>抗凝固薬<br>カルシウム拮抗薬 | 薬物の代謝が阻害され血中濃度が上昇するため薬効が高まる |
| ビタミンKを含む食品(納豆など) | 抗凝固薬(ワルファリンカリウム) | ビタミンKが抗凝固薬による血液の抗凝固作用を弱める |

**表4 口腔内与薬の種類**

| 種類 | 特徴・留意点 |
|---|---|
| 舌下錠 | 舌の下に入れて唾液で溶解する。**粘膜**より吸収されるため薬効が速い。初回通過効果が高い薬物が多いため飲み込まない |
| バッカル錠 | 臼歯と頬部の間に入れて、**噛まず**に唾液で溶解する |
| トローチ錠 | 口腔内や咽頭粘膜に局所的に作用する。口腔内に長時間保ち徐々に溶解する |

# 一般問題

執筆：大塚真弓

## 今月は 在宅看護論／看護の統合と実践

### 国家・地域間の健康格差

※「国際社会と看護」として

□ユニセフの『世界子供白書2017』によると、2016年の5歳未満児の年間死亡数は**564万2千**人である。

□最も多いのは**サハラ以南のアフリカ**の286万人で、全世界の**約半分**を占めている。最も少ない北アメリカ(2万8千人)の約100倍ということになる(**表1**)。

□次いで多いのは**南アジア**で、全世界の約30%を占める※。

□5才未満児死亡率、乳児死亡率は1990年と比較するといずれの地域でも大きく低下しているが、依然として**地域間の格差**がある。

□HIV／エイズについても、新規のHIV感染者の数、エイズ関連の死亡者数などで**サハラ以南のアフリカ**が突出している(**表2**)。

※表内にある「後発開発途上国」は、国連開発計画委員会が認定した基準に基づき、国連経済社会理事会の審議を経て、国連総会の決議により認定されたとくに開発の遅れた国々をさす(したがって、「サハラ以南のアフリカ」「南アジア」等に分類された国々の数値も再掲されている)。

memo

**表1** 子どもの死亡率などの地域格差

| 国・地域 | 5歳未満児死亡率 | | 乳児死亡率(1歳未満) | | 新生児死亡率 | 総人口(1,000人) | 年間出生数(1,000人) | 5歳未満児の年間死亡数(1,000人) | 出生時の平均余命(年) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1990 | 2016 | 1990 | 2016 | 2016 | 2016 | 2016 | 2016 | 2016 |
| 地域別要約 | | | | | | | | | |
| 東アジアと太平洋諸国 | 57 | 16 | 43 | 14 | 8 | 2,291,492 | 31,393 | 510 | 75 |
| ヨーロッパと中央アジア | 31 | 10 | 25 | 8 | 5 | 908,161 | 11,087 | 107 | 77 |
| 東ヨーロッパと中央アジア | 47 | 14 | 38 | 13 | 7 | 416,914 | 6,139 | 88 | 73 |
| 西ヨーロッパ | 11 | 4 | 9 | 3 | 2 | 491,247 | 4,948 | 19 | 81 |
| ラテンアメリカとカリブ海諸国 | 55 | 18 | 44 | 15 | 9 | 633,773 | 10,749 | 187 | 76 |
| 中東と北アフリカ | 66 | 24 | 50 | 20 | 14 | 435,225 | 9,953 | 237 | 74 |
| 北アメリカ | 11 | 6 | 9 | 6 | 4 | 358,469 | 4,389 | 28 | 80 |
| 南アジア | 129 | 48 | 92 | 39 | 28 | 1,765,989 | 35,853 | 1,713 | 69 |
| サハラ以南のアフリカ | 181 | 78 | 108 | 53 | 28 | 1,034,153 | 37,038 | 2,860 | 60 |
| 東部・南部アフリカ | 164 | 61 | 101 | 43 | 25 | 542,206 | 18,203 | 1,104 | 63 |
| 西部・中部アフリカ | 199 | 95 | 116 | 63 | 31 | 491,947 | 18,835 | 1,756 | 57 |
| 後発開発途上国 | 176 | 68 | 109 | 48 | 26 | 979,388 | 31,163 | 2,101 | 64 |
| **世界** | **93** | **41** | **65** | **31** | **19** | **7,427,263** | **140,462** | **5,642** | **72** |

※死亡率はいずれも出生1,000人あたり
日本ユニセフ協会：世界子供白書2017．より抜粋して引用　https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/01.pdf(2020/1/10 アクセス)

**表2** HIV／エイズに関する地域格差

| 国・地域 | 疫学的状況 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | HIVと共に生きる人の数2016 | | | 新規のHIV感染者の数2016 | | | エイズ関連の死亡者数2016 | | |
| | 全年齢 | 15歳未満の子ども | 青少年10-19歳 | 全年齢 | 15歳未満の子ども | 青少年15-19歳 | 全年齢 | 15歳未満の子ども | 青少年15-19歳 |
| 地域別要約 | | | | | | | | | |
| 東アジアと太平洋諸国 | 2,800,000 | 48,000 | 60,000 | 160,000 | 5,100 | 15,000 | 100,000 | 3,000 | <1,000 |
| ヨーロッパと中央アジア | 2,400,000 | - | - | 220,000 | - | 9,900 | 49,000 | - | - |
| 東ヨーロッパと中央アジア | 1,600,000 | - | - | 190,000 | - | 7,200 | 41,000 | - | - |
| 西ヨーロッパ | 840,000 | - | - | 29,000 | - | 2,700 | 8,400 | - | - |
| ラテンアメリカとカリブ海諸国 | 2,100,000 | 34,000 | 77,000 | 120,000 | 2,600 | 19,000 | 45,000 | 2,000 | <1,000 |
| 中東と北アフリカ | 150,000 | 3,000 | 4,000 | 11,000 | <500 | 1,100 | 6,300 | <200 | <100 |
| 北アメリカ | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 南アジア | 2,300,000 | 140,000 | 130,000 | 100,000 | 10,000 | 18,000 | 71,000 | 7,600 | 3,100 |
| サハラ以南のアフリカ | 25,700,000 | 1,900,000 | 1,700,000 | 1,200,000 | 140,000 | 190,000 | 730,000 | 100,000 | 50,000 |
| 東部・南部アフリカ | 19,600,000 | 1,400,000 | 1,300,000 | 800,000 | 79,000 | 130,000 | 420,000 | 59,000 | 34,000 |
| 西部・中部アフリカ | 6,100,000 | 540,000 | 450,000 | 360,000 | 60,000 | 62,000 | 300,000 | 43,000 | 16,000 |
| 後発開発途上国 | 10,800,000 | 980,000 | 800,000 | 490,000 | 69,000 | 68,000 | 320,000 | 52,000 | 27,000 |
| **世界** | **36,700,000** | **2,100,000** | **2,100,000** | **1,800,000** | **160,000** | **260,000** | **1,000,000** | **120,000** | **55,000** |

※データの出典はいずれも2017国連合同エイズ計画(UNAIDS)推計、2017年7月
日本ユニセフ協会：世界子供白書2017．より抜粋して引用　https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/04.pdf(2020/1/10 アクセス)

# 災害医療 ※中項目

頻出 新規項目 NEW Study Guide P.1297 [出題基準] 目標Ⅱ−2−A

□災害時に活動する医療チーム（DMAT*、DPAT*、JMAT*）など、災害医療に関するキーワードを表3にまとめた。

□防災訓練について定めた法律には、災害対策基本法と消防法がある（表4）。

□このほか、第七次医療計画（平成30年〜）の5疾病5事業※に、災害医療が含まれていることも覚えておきたい（5事業：救急医療体制、災害医療体制、へき地医療体制、周産期医療体制、小児医療体制＋在宅医療）。

*［DMAT］disaster medical assistance team
*［DPAT］disaster psychiatric assistance team
*［JMAT］Japan medical association team

※5疾病は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患。第七次医療計画では、重点的に取り組みを推進するために「急性心筋梗塞」から「心筋梗塞等の心血管疾患」への名称の見直しなどが行われた。

memo

**表3 災害医療に関するキーワード**

| | |
|---|---|
| 災害拠点病院 | ●災害時にライフラインを確保しつつ重症患者を受け入れ、治療を行い、現地へ医療チームを派遣する。<br>●「災害拠点病院指定要件」を満たした病院について、都道府県が指定する。 |
| 災害派遣医療チーム（DMAT） | ●大地震や航空機・列車事故といった災害時に被災地や現地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム。<br>●活動内容は平時において都道府県と医療機関等の間で締結された協定に基づく、派遣は被災都道府県からの要請に基づくなどの基本方針がある。<br>●急性期の活動に特化しているため、長期的な医療支援はJMAT等に引き継がれる。 |
| 災害派遣精神医療チーム（DPAT） | ●自然災害や事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じるなど精神保健医療への需要が拡大するのに対応するために活動する。<br>●被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行う。 |
| 日本医師会災害医療チーム（JMAT） | ●日本医師会が被災都道府県医師会からの要請に基づいて各都道府県医師会に依頼して結成、派遣される医療チームのこと。 |
| 広域災害救急医療情報システム（EMIS：emergency medical information system） | ●災害時における全国ネットの災害医療にかかる総合的な情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護にかかわる各種情報の集約・提供を行うネットワーク。<br>●最新の医療資源情報、超急性期の診療情報、急性期以降の患者受入情報、DMAT活動情報等を収集する。 |

**表4 防災訓練と法律**

| | |
|---|---|
| 災害対策基本法 | 第48条「災害予防責任者は、法令又は防災計画の定めるところにより、それぞれ又は他の災害予防責任者と共同して、防災訓練を行なわなければならない（防災訓練義務）。」 |
| 消防法 | 多数の者が出入・勤務・居住する防火対象物に対する管理権限者の義務（第8条第1項）としての通報及び避難の訓練の実施や、防火管理者の責務（施行令第3条第2項）が関係する。 |

# 情報のマネジメント ※中項目

次でるかも 新規項目 NEW Study Guide P.1286 [出題基準] 目標Ⅰ−1−D

□医療従事者等は、患者等が診療記録の開示を求めた場合には原則として応じなくてはならない（図1）。

□法令に基づいて、あらかじめ患者本人の同意を得ずに診療情報を関係機関に届けることができる例は表5の通り。

□患者の希望で、現在の診断や治療方針について他の病院の医師に意見を聞くことをセカンドオピニオンという。現在の病院からの診療情報が必須となる。

□医療従事者は患者の診察のために必要がある場合には、患者の同意を得て、他の医療従事者に対してその患者の診療情報の提供を求めることができる。

□診療情報の提供の求めを受けた医療従事者は患者の同意を確認したうえで診療情報を提供するものとする。

**図1 診療情報の開示請求**

※ただし、厚生労働省の指針では診療情報の提供が第三者の利益を害する恐れがあるとき、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるときには、診療情報の全部または一部を提供しないことができるとしている。

**表5 あらかじめ患者本人の同意を得ずに診療情報を関係機関に届けることができる例**

| | |
|---|---|
| 1 | 医師が感染症の患者等を診断した場合における都道府県知事等への届出 |
| 2 | 医師、薬剤師等の医薬関係者が行う厚生労働大臣への医薬品等の副作用・感染症等の報告 |
| 3 | 医師が麻薬中毒者と診断した場合における都道府県知事への報告 |
| 4 | 児童虐待を受けたと思われる児童を発見した医師等による児童相談所等への通告　など |

第108回の出題（P.66）は難しく、これを知らないと解けませんでした

# 訪問看護の概要 ※大項目

頻出 Study Guide P.1251 ［出題基準］目標Ⅰ-3

□訪問看護には**医療保険**によるものと**介護保険**によるものがある（**表6**）。比較して覚えよう。

□自己負担割合は、医療保険で原則**3**割、介護保険で原則**1**割である（それぞれ収入などの条件によって1～3割の幅がある）。

□対象となる年齢は、医療保険では制限がないが、介護保険では**65**歳以上または特定疾病に該当する**40**歳以上65歳未満である。

□訪問看護ステーションの指定者は、医療保険のステーションは**厚生労働大臣**、介護保険のステーションは**都道府県知事**である。

□全額自己負担でのサービスを提供する訪問看護ステーションもある。その場合に時間などの規定は**ない**。

□健康保険法の保険医療機関・保険薬局であれば介護保険法によるサービスの事業者として指定されたものとする「**みなし指定**」という制度がある（**表7**）。

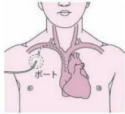
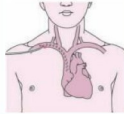
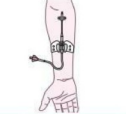
**表6 訪問看護制度のポイント**

| 医療保険による訪問看護 | 比較項目 | 介護保険による訪問看護 |
|---|---|---|
| 自治体の助成や収入、年齢等によっては**1**～**3**割（原則**3**割） | 利用者の自己負担割合 | 収入によって**1**～**3**割（原則**1**割） |
| **全年齢**が対象で、医師により訪問看護が必要と判断された療養者 | 対象となる年齢 | **65**歳以上（疾病等関係なし）／**40**歳以上65歳未満（介護保険の**特定疾病**に該当する人）で、要介護（要支援）認定を受けており医師により訪問看護が必要と指示を受けた療養者 |
| 医師による訪問看護指示書が必要（精神科の場合は精神訪問看護指示書） | 訪問看護指示書 | 医師による訪問看護指示書が必要 |
| 原則として週**3**日まで（報酬の算定の関係で1日に複数回の訪問は可能）、原則として1か所の訪問看護ステーションから<br>※「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合、特定の医療処置等が必要、急性増悪等で主治医より特別訪問看護指示書が交付された場合には週**4**日以上の訪問が可能となり、必要であれば複数の訪問看護ステーションの利用も可能となる（介護保険の認定を受けた人も医療保険の給付となる） | 訪問回数 | 要介護度による**区分支給限度基準額**に合わせたケアプラン内であれば、1日・1週間単位で**制限なし**（2か所以上の訪問看護ステーションの利用も可能だがそれぞれに訪問看護指示書が必要） |
| 30～90分（医療依存度の高い療養者は週1回まで90分以上の長時間訪問看護加算を算定できる） | サービス提供時間 | 20分、30分、60分、90分というように滞在時間によってサービス費が異なる（訪問看護リハビリは20分が原則） |
| 訪問看護ステーションが定める訪問エリア内外にかかわらず、訪問看護ステーションが規定した交通費が**必要** | 訪問看護にかかる交通費の扱い | 訪問看護ステーションが定める訪問エリア内であれば交通費は**必要なし**、エリア外では訪問看護ステーションが規定した交通費が必要 |
| 訪問看護指示書に基づいて訪問看護師が立案 | 訪問看護計画 | 訪問看護指示書と**ケアプラン**に基づいて訪問看護師が立案 |
| 保健師、助産師、看護師 | 訪問看護ステーションの管理者の職種 | 保健師、看護師 |
| **厚生労働大臣** | 訪問看護ステーションの指定者 | **都道府県知事** |
| 訪問看護ステーションごとにサービス開始時に書面による契約が必要（重要事項の説明などが必須） | その他 | 訪問看護ステーションごとにサービス開始時に書面による契約が必要（重要事項の説明などが必須） |

医師は訪問看護ステーションの管理者にはなれないことを覚えておこう（誤答肢で頻出！）

**表7 介護保険上みなし指定となるサービス**

| | |
|---|---|
| 保険医療機関 | ●訪問看護、介護予防訪問看護<br>●訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション<br>●通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション<br>●居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導（歯科医院の場合はこのサービスのみ実施できる）<br>●短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（療養病床をもつ病院・診療所のみ） |
| 保険薬局 | ●居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導 |

# 中心静脈栄養法 ※中項目

□**在宅中心静脈栄養法**〈HPN*〉は、経口または経管による栄養摂取が不可能・不十分な状態であるが入院治療を必要とせずに病状が安定している患者が適応である。

□患者と家族がHPNを理解したうえで希望していること、医療機関や調剤薬局との連携が取れ、**患者**あるいは**家族**が管理できることが求められる。

□HPNは**24時間連続注入**と**間欠的注入**に分けられ、さらにカテーテル挿入方法による分類(**表8**)がある。

□在宅用の**輸液ポンプ**がある。外出できる充電タイプもあり必要に応じて使用する。

□調剤薬局に**無菌調剤**を依頼するなど連携が可能である。調剤薬局は輸液セット、針、輸液バッグ等を供給して保険請求が可能である。

□入浴時のケアは**表9**の通り。

□合併症にはカテーテルによるもの(**血栓**、**空気塞栓**、**感染**など)、代謝異常によるもの(**高血糖**・**低血糖**、**電解質異常**、必須アミノ酸欠乏、微量元素欠乏など)がある。

*【HPN】home parenteral nutrition

**表8 カテーテル挿入方法による分類**

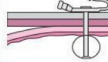
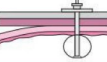
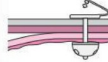
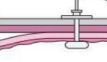
| 皮下埋め込み式(ポート式) | 体外式 | 末梢挿入式(PICC*) |
|---|---|---|
| 皮下にポート(針を何度でも穿刺できる部分)を埋め込む外科的処置が必要である。皮膚とポートに刺すのは専用のヒューバー針で、ポートを損傷しないようにできている。 | 鎖骨下などを穿刺して皮下にカテーテルを通し、上大静脈に先端を置く方法。 | 尺側皮静脈、橈側皮静脈、肘正中皮静脈など腕の静脈を穿刺して長いカテーテルを挿入し、腋窩静脈や鎖骨下静脈を経由して上大静脈に先端を置く。 |
|  ポート | |  |

*【PICC】peripherally inserted central catheter

**表9 入浴時のケア**

| 皮下埋め込み式の場合 | 体外式や末梢挿入式の場合 |
|---|---|
| ●ヒューバー針を抜去して消毒をする。絆創膏で保護したら数時間後には入浴が可能である。<br>●入浴後や絆創膏をはがした後などに皮膚に異常がないかをチェックする。 | ●ルートをはずし、防水ドレッシング材でカテーテル挿入部位全体を覆う。<br>●入浴後は防水ドレッシング材をはがし、挿入部位を観察・消毒する。ドレッシング材を貼り、清潔操作でルートを接続し固定する。 |

英 裕雄 監修、大塚製薬工場：在宅中心静脈栄養法(HPN)の 手引き．を参考に作成
https://www.otsukakj.jp/healthcare/home_nutrition/hpn.pdf(2020/1/24アクセス)

# 胃瘻 ※中項目(出題基準には「胃瘻、経管・経腸栄養法」が挙がっているがここでは胃瘻を取り上げる)

［出題基準］
目標Ⅱ－7－F

□胃瘻はおもに**バルーン**型と**バンパー**型に分類できる(**表10**)。

□胃瘻を造設しても経口摂取ができる患者は、医師と相談し安全に配慮して経口から食べてもよい。

□栄養剤注入の前には胃内容物の残留がないか確認して胃内の空気を抜き、**瘻孔の位置**や**チューブの長さ**が変わっていないか、姿勢は正しいかなどを確認する。なお無菌操作で行う必要は**ない**。

□注入後はチューブ型の場合、温水などで満たして洗浄する。30分から1時間は上体を起こしておく。

□患者には、毎日の体温や便の状態などを記録することや、挿入部の**皮膚**の観察なども指導する。

□経口摂取をしていなくても毎日の**口腔ケア**が必要である。ただし、栄養剤注入直後は逆流のおそれがあるため行わない。

□栄養剤は**室温**程度の温度のものを注入する。開封はなるべく注入直前とし、残った場合は清潔な容器に入れ冷蔵庫に保管し**24**時間以内に使用する。

**表10 胃瘻の分類**

| | |
|---|---|
| バルーン型 | ▶バルーン・ボタン型　▶バルーン・チューブ型<br>腹壁 胃壁<br>●交換が容易であるが、バンパー型より抜けやすいので注意する。<br>●長い部分が体外に出ているためチューブ型のほうがボタン型よりも**自己抜去**・チューブの傾きなどが起こりやすい。 |
| バンパー型 | ▶バンパー・ボタン型　▶バンパー・チューブ型<br>  <br>腹壁 胃壁<br>●交換頻度が少なくて済むが、胃壁にバンパーが食い込むトラブル(**バンパー埋没症候群**)のおそれがある。<br>●1日に1回、カテーテルを軽く胃内に押し込んで、スムーズに回るかどうかを確認する。 |

〈参考文献〉1．小野沢滋 監修、アボットジャパン株式会社：安心・安全な栄養療法をめざして 経管栄養の手引き．http://products.abbott.co.jp/general/library/pamphlet/keikan_eiyou.pdf(2020/1/10 アクセス)

# 今月の確認テスト

予想問題／過去問で知識を確認しよう！ 間違えた問題は前のページに戻っておさらいを

**問題1** 必 予想問題 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

ボンベ容量500Lのボンベで、圧力計が7.0MPaを指している。鼻腔カニューラで2L/分で酸素吸入をする場合、あと何分使用できるか。近い数値を選べ。※充塡圧は14.7MPa

1. 100分
2. 120分
3. 150分
4. 180分

解答 2

**問題2** 必 予想問題 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

ブレーデンスケールの評価項目に**ない**のはどれか。

1. 知覚の認知
2. 栄養状態
3. 褥瘡の深さ
4. 摩擦とずれ

解答 3

**問題3** 必 予想問題 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

経管栄養法において、経鼻カテーテルの位置を確認するのに適切なのはどれか。

1. 唾液を飲み込んでもらい嚥下運動を見る。
2. 挿入部の疼痛や違和感がないか確認する。
3. 注射器をカテーテルに接続して10～20mL栄養剤を入れてみる。
4. 注射器をカテーテルに接続して、注射器の内筒を引き、胃内容物を吸引する。

解答 4

**問題4** 必 予想問題 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

緑茶で服用すると効果が低下するのはどれか。

1. 鉄　剤
2. カルシウム拮抗薬
3. 抗てんかん薬
4. 抗凝固薬

解答 1

**問題5** 予想問題 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

平成29年（2017年）の国連エイズ合同計画〈UNAIDS〉の報告において、ヒト免疫不全ウイルス〈HIV〉の新規感染者が最も多い地域はどれか。

1. 東アジアと太平洋諸国
2. 北アメリカ
3. 中東と北アフリカ
4. サハラ以南のアフリカ

解答 4

**問題6** 第107回午前67 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

災害医療について正しいのはどれか。

1. 災害拠点病院は市町村が指定する。
2. 第7次医療計画の中に災害医療が含まれる。
3. 防災訓練は災害救助法に規定されている。
4. 災害派遣医療チーム〈DMAT〉は災害に関連した長期的な医療支援活動を担う。

解答 2

**問題7** 第108回午後70 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

診療情報の取り扱いで適切なのはどれか。

1. 診療情報の開示請求は患者本人に限られる。
2. 医療者は患者が情報提供を受けることを拒んでも説明する。
3. 2類感染症の届出は患者本人の同意を得なければならない。
4. 他院へのセカンドオピニオンを希望する患者に診療情報を提供する。

解答 4

**問題8** 第107回午後62 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

健康保険法による訪問看護サービスで正しいのはどれか。

1. サービス対象は75歳以上である。
2. 訪問看護師が訪問看護計画を立案する。
3. 要介護状態区分に応じて区分支給限度基準額が定められている。
4. 利用者の居宅までの訪問看護師の交通費は、診療報酬に含まれる。

解答 2

**問題9** 第104回午前72 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

在宅中心静脈栄養法〈HPN〉について適切なのはどれか。

1. 輸液ポンプは外出時には使えない。
2. 24時間持続する注入には適さない。
3. 輸液の調剤は薬局の薬剤師に依頼できる。
4. 家族が管理できることが適用の必須条件である。

解答 3

**問題10** 第101回午前48 ☑1回目 ☑2回目 ☑3回目

胃瘻からの経管経腸栄養法を開始した在宅患者の家族に対する説明で正しいのはどれか。

1. 液状の栄養剤は開封後数日間使用してよい。
2. 栄養剤の注入は無菌操作で行う必要はない。
3. 胃瘻を造設したので経口摂取は禁止となる。
4. 胃瘻カテーテルは週に１回交換する。

解答 2

編集 プチナース編集部

いよいよ就活シーズンです！　希望する病院に内定が得られるよう、第一印象を左右するマナーをあらためておさらいしましょう！

**資料請求はこちら!**

この号に掲載されている病院の資料は、左のとじ込みはがき(切手不要)ですぐに請求できます。
※資料は病院よりお送りいたします。

**求人情報はP.69～をチェック!**

## まずは身だしなみをチェックしよう!

第一印象を左右するのが身だしなみ。男女ともに、サイズの合ったスーツを選んだうえで、しわやほこりに注意して**清潔感のある着こなし**をしましょう！

### 男性

- 清潔感のある短めの髪型に整える
- ネクタイは「スマートな印象の紺」「さわやかな印象の水色」と使い分けるとよいが、派手な色や柄はNG
- 椅子に座ることを想定して、靴下は長さに余裕を

### 女性

- 髪は黒か落ち着いた茶色で、長い場合には肩や顔にかからないようまとめる
- メイクはナチュラルなもので、清潔感が出るように
- 服装は、黒・紺・グレーのリクルートスーツに白いシャツが無難

Illustration：Sayaka Akiba

## よい第一印象は、“面接の前”から!

控え室ではもちろん、最寄り駅に着いてから病院に向かうときも、**見られているという意識**をもちましょう。入退室のときもバタバタした印象を与えないよう、何度か練習しておくと安心です。

**1**

軽く3回ノックをしたあと、「どうぞ」と言われてからドアを開ける

**2**

「失礼します」と言って入室。面接官におしりを向けないよう注意しながら、静かにドアを閉める

**3**

椅子の右側に立ち、「○○看護専門学校(大学看護学部)の××です。よろしくお願いいたします」とあいさつする

**4**

指示があってから着席する

- □足をそろえる
- □背筋を伸ばす
- □手はひざの上に置く
- □バッグは椅子の横に置く

**5**

終わったら「ありがとうございました」とおじぎをして立つ。ドアの前でもう1度おじぎをして退室する

## 要点をまとめて、明るい受け答えをしよう

面接では、自分の意欲やアピールポイントを端的に伝えたいもの。とはいえ、緊張のあまり頭のなかが真っ白になってしまうかもしれません。予想だにしない質問が投げかけられることもあるため、**「こう聞かれたら、こう答える」という想定問答をなるべく幅広く準備**しておくとよいでしょう。話すときは、**相手の目を見て、明るくハキハキした受け答え**を意識しましょう。

**看護にまつわること**

- 志望動機
- 看護師をめざしたきっかけ
- どんな看護師になりたいか
- 配属や進路の希望　など

**その他のこと**

- 自分の長所・短所
- 趣味・アルバイト・サークル活動など学校生活
- 時事問題(普段からニュースをチェック)　など

Hyogo-chuo hospital

The Experiences

Nursing of Smile

# 兵庫中央病院
## 笑顔の看護 体験記

兵庫中央病院の看護師にしかできないステキな体験をシリーズでご紹介します。
第２回目のエピソードは、
患者さんの喜びをきっかけに、
試行錯誤を繰り返し、しっかり向き合って
看護するうちに「看護の楽しさ」に
たどり着く道をみつけた看護師の、
心あたたまるエピソードです。

## 本音を語り合うことで、看護の楽しさが見えてくる。

安岡 彩夏
南5病棟
（呼吸器内科・
神経内科）勤務

入職したてでまだまだ仕事に慣れていない頃、何度もナースコールをされる患者さんがいらっしゃいました。その患者さんはある日、痰をとってほしいと言われました。気管までカテーテルが入りにくい方だったのですが、その日は偶然うまく入って「すっごい、すっきりした！」と喜んでくださいました。

私はそれをきっかけにもっと確実に吸引できるようになりたいと思い、試行錯誤するようになりました。

少しずつ上達してきたある日、その患者さんが「あなたに夜もいてほしいな。いつも、いっぱい呼んでごめんね。忙しいのはわかっているのよ」とおっしゃいました。その患者さんはよくナースコールをされますが、しっかりと向き合って本音や想いを知ると、看護は大変な仕事ですが、苦ではないと感じるようになりました。

忙しい毎日ですが、患者さんの想いに耳をかたむけて、安心できる看護をしていきたいと感じた思い出です。

※この文章は、文化放送ナースナビSmileBook2020（2019年発行）より引用しています。

# プチナース バックナンバーのご案内

バックナンバーについては、直近2年間を在庫しております。月号により品切の場合もございます。

◉通常号バックナンバー ……… 定価1,100円（10%税込） 毎月10日ごろ発売
◉臨時増刊号バックナンバー …… 定価1,500円（10%税込） 4月・10月発売

電子版発売中！ 通常号は電子版も購入できます。

## 2020年2月号

特集
- これだけ覚えて8割とろう！ 必修問題 頻出ぜんぶまとめました！
- 見ておけば点になる！ 国試 イラスト問題
- 先輩たちが教えてくれた！ 国試前日・当日のリアル

疾患別看護過程 アルツハイマー型認知症　別冊フロク ぜんぶ覚える頻出&ここが狙われる用語BOOK

## 2020年1月号

特集
- 第109回国試 一般問題 ここだけおさえる！
- 国試 知っておけば点になる！ アセスメントスケール

疾患別看護過程 変形性膝関節症　特別フロク これがでる！ 予想問題60問　別冊フロク ぜんぶ覚える統計BOOK

## 2019年12月号

特集
- 状況設定問題も怖くない！ 国試によくでる疾患×状況
- 覚えにくい＆今年ねらわれるところを図で解説！ 見てわかる関係法規
- 合格した先輩たちの国試対策スケジュール

疾患別看護過程 小児気管支喘息　別冊フロク 第109回国試 ぜんぶ覚える関係法規BOOK

## 2019年11月号

特集
- 症状別 看護計画の立てかた 〈呼吸困難/不眠/浮腫/嚥下障害/便秘/倦怠感〉
- こうすればよかったんだ！ 認知症患者さんとのかかわりかた

疾患別看護過程 糖尿病　別冊フロク 成人・老年実習POCKET BOOK

## 2019年10月号

特集
- これだけおさえて安心！ 疾患別周術期看護のポイント
- 指導ナースの本音が知りたい！

疾患別看護過程 統合失調症　別冊フロク 周術期看護POCKET BOOK

## 2019年9月号

特集
- とにかく時間がかかる！ を解決する 実習記録の時短ワザ
- 経過ごとにわかる！ 行動計画の立てかた

疾患別看護過程 肝硬変・肝がん　別冊フロク 実習記録POCKET BOOK

## 2019年8月号

特集
- 実習でのケアや看護過程に使える！ クリニカルパス活用法
- 看護師のかげさんに聞く！ 実習で聞かれるケアの根拠

疾患別看護過程 急性冠症候群　別冊フロク 厳選過去問 必修100

## 2019年7月号

特集
- 実習にも役立つ！ 国試にでる 検査の読みかた
- 増えてきている ペア実習の"困った"を解決！

疾患別看護過程 肺がん　別冊フロク 解剖生理POCKET BOOK

## 2019年6月号

特集
- よくわかる 母性看護過程の書きかた
- 続・コピーしてそのまま貼れる！ あると便利な実習メモ書式

疾患別看護過程 慢性腎不全　別冊フロク 看護アセスメントPOCKET BOOK

## 2019年11月臨時増刊号
### 看護師国試2020 パーフェクト予想問題集

編集：看護師国家試験対策プロジェクト

本書の構成
- 視覚素材
- 第109回 看護師国家試験傾向と対策
- 必修問題100問　● 一般問題150問
- 状況設定問題60問

## 2019年5月臨時増刊号
### 急性期実習に使える！ 周術期看護ぜんぶガイド

著：北島泰子／中村充浩

本書の構成
- 急性期実習必携！ 周術期の患者さんの看護が経過でわかる！ 術前～術後を5つの経過に分けて、観察～技術まで必要な知識をすべて解説！

いまなら、本誌巻末についている**定期購読はがき**、または
右記の**QRコード**から、**年間定期購読をお申し込みいただいた方**に

# 選べる特別プレゼント!

B5サイズ 100ページ

※2019年4月号付録と同じものになります

NEW 疾患まるわかりガイド

B2サイズ 2枚 B3サイズ 3枚

※2017年4・5月号、2018年6月号、2019年4・5月号付録と同じものになります

貼って覚える! 暗記ポスターセット(5枚)

※2013年4・5月号付録と同じものになります

B5サイズ 36ページ ×2冊

解剖生理のややこしいところがよくわかるBOOK
(2冊セット)

QRコードで、定期購読のお申し込みができます!

※ご希望の商品が品切れとなりました場合には代替品をお送りいたします。

特別プレゼント申し込み締め切り **2020年6月末日消印有効**

## プチナース 年間定期購読をおすすめします!

送料無料で毎号確実にお手元へ!

『プチナース』を確実に手に入れるなら、年間定期購読がおすすめです。
送料無料で毎号確実にお手元へお届けします。

**プチナース年間定期購読料**

計14冊 **16,200円**(10%税込)

- 通常号　定価1,100円(10%税込)×12冊(毎月10日ごろ発売)
- 臨時増刊号　定価1,500円(10%税込)× 2冊(4月・10月発売)

## 定期購読のお申し込み&バックナンバーのご注文方法

バックナンバーは1冊からご注文できます　※②③は送料がかかる場合があります

おすすめ!

**❶書店へご注文**　定期購読は、学校に出入りの書店、お近くの書店に本誌巻末の定期購読はがきにてお申し込みください。

↓ネットでお申し込みの場合はこちら↓

**❷小学館パブリッシングサービスへ申し込む**

小学館パブリッシングサービスのホームページはこちらから
http://www.shogakukan.co.jp/mag-kou2/

**❸富士山マガジンサービスへ申し込む**

富士山マガジンサービスのホームページはこちらから
http://www.fujisan.co.jp

照林社は、販売業務を上記業者に委託しています。お申し込みの詳細はそれぞれの書店、通信販売業者にご確認ください

# その答えが見つかります!

実習中、記録が大変で眠れない…

指導者から記録のダメ出しが多い…

まわりの人より記録に時間がかかる…

そんな人に読んでほしい!
実習記録に悩む看護学生のための
**実習記録の入門書!**

**主な内容**

- OKになる実習記録とは
- 実習記録で大切な看護過程のおさらい
- 実習記録用紙ごとの書き方の基本とポイント
  - アセスメント〜看護診断(問題の明確化)
  - 看護計画立案
  - 看護計画実施(SOAPの書き方)
  - 行動目標・行動計画の書き方
- 実習記録をよりよくするためのよくある悩みQ&A
- 付録　実習記録にまつわるルール

## 実習記録に つまずいたとき読む本

著：ローザン由香里 ユアナーシング代表
定価：本体 1,600円+税
B5判／152頁
ISBN978-4-7965-2477-3

照林社　●ご注文は書店へお願いします。　●当社ホームページにて試し読みができます　▶http://www.shorinsha.co.jp/

---

# 病棟での実習を 1日の流れに沿ってナビゲート!

**主な内容(目次)**

- 実習で大切にすること
- 実習前の準備
- 8：30 一日の行動計画を調整する場面
- 9：30 環境を整えることへのケア場面
- 10：00 バイタルサインの測定と観察の場面
- 10：30 記録物からの情報収集の場面
- 10：30 清潔にすることへのケア場面
- 11：15 排泄することへのケア場面
- 12：00 食べることへのケア場面
- 13：00 眠る・休息することへのケア場面
- 14：00 動くことへのケア場面
- 15：00 一日のまとめの場面
- 全人的理解に基づくケアリングの実践
- 行動計画の記録例

行動計画・看護手順がよくわかる
## 看護学生のための臨地実習ナビ【改訂版】

指導者はここを見ている!

編著：本江朝美(横浜創英大学 看護学部基礎看護学／大学院看護学研究科ケア技術学 教授)
オールカラー　定価：本体2,000円+税　B5判／240頁　ISBN978-4-7965-2473-5

ホームページはこちらから

照林社　●ご注文は書店へお願いします。　●当社ホームページにて試し読みができます　▶http://www.shorinsha.co.jp/

\ フォローするといいことといっぱい /

# プチナースのSNS

## ★1 Twitter・Instagramで書籍があたる！

毎月2冊、照林社のおすすめ書籍をプレゼント☆
TwitterやInstagramからカンタンに応募できちゃいます！

**2月10日（月）〜3月9日（月）**

『ナースのための基本薬 第2版』
B6判／560頁
本体2,400円＋税

コンパクトにまとめた、すぐに役立つ薬の本！（詳細はP.53へ）

### 応募のしかた

**Twitter フォロー＆リツイートするだけ！** 抽選で1名様

1. プチナース公式アカウント（@petit_nurse）をフォローする
2. プレゼント告知のツイート（毎月10〜15日頃に投稿）を上記期間内にリツイートする

**Instagram 「#今月のプチナース」で投稿するだけ！** 抽選で1名様

1. プチナースの今月号（今月は3月号）の感想などについて、ハッシュタグ「#今月のプチナース」をつけて自由に投稿する

## ★2 #プチナース国試部過去問 Twitterで過去問出題中！

週1回、Twitterのプチナース公式アカウント（@petit_nurse）から頻出の過去問を出題。さらに翌日、国試対策のプロによる解説を公開します。毎週水・木曜日をお楽しみに！

→
過去問のツイートにリプライの形で解説がつきます

解説執筆　大塚真弓 先生　看護師国家試験対策アドバイザー
東京医科歯科大学医学部保健衛生学科卒業。病棟、医院勤務ののち、予備校・イベント等で国家試験対策講座をもつ。

### お読みください（Twitter・Instagram書籍プレゼントについて）

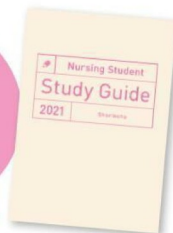
- 当選者の方には、Twitter／Instagramのダイレクトメッセージでご連絡いたします。ダイレクトメッセージ内に記載の期間内にご返信いただけない場合は、当選無効となりますのでご注意ください。
- 応募の際は、ダイレクトメッセージを受け取れる設定になっていることをご確認ください。
- Twitterのリツイートは、公式リツイートに限らせていただきます（引用リツイートは対象外です）。
- Twitterでのリツイート、Instagramでの「#今月のプチナース」投稿は期間中何回でも可能ですが、応募はお1人につき1回としてカウントさせていただきます。

## 最新情報を発信中！　プチナースの公式アカウント

LINE→友だち→検索→プチナース
ID検索からは@petit_nurseで友だち追加してね！
＊18歳未満のユーザーはID検索ができません。ほかの方法で友だち追加してください。

Illustration：Kumiko Umakakeba

プチナース3月号
取り外せる別冊

最終回 経過がわかる!

# 疾患別看護過程

# 子宮がん

［しきゅうがん］

今月の注目する病期は

周手術期

監修
林　みよ子
天理医療大学医療学部看護学科
学科長・教授
和歌山県立高等看護学院卒業後、国立循環器病センター勤務。2002年日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程修了(看護学修士)。2010年北里大学大学院看護学研究科博士後期課程修了(看護学博士)。2013年より現職。

執筆
森　知美
天理医療大学医療学部看護学科　助手
奈良県立医科大学附属看護専門学校卒業後、奈良県立医科大学附属病院、奈良県総合医療センター勤務。2008年佛教大学社会学部社会福祉学科課程卒業(社会学学士)。2017年より現職。

## PART 1 注目する病期の POINT

子宮がんは、女性の生殖臓器である子宮の悪性腫瘍で、子宮頸がんと子宮体がんに大別される。子宮頸がんは若年層での罹患率・死亡率が高く、子宮体がんは未出産や出産回数が少ない女性に多い傾向にあり、いずれも女性にとって重大な疾患である。

子宮がんの主たる根治的治療の1つは手術療法である。術式はいくつかあり、術式によって術後の経過も必要な看護援助もそれぞれ異なる。なかでも広汎子宮全摘出術は、子宮周辺の組織を含めて子宮を切除する手術で、排尿障害や性的機能障害、子宮喪失という問題が患者の生活に大きな影響を与える可能性がある。そこで、今回はこの手術を受ける子宮頸がんの患者の周手術期に焦点を当てる。

看護師は、広汎子宮全摘出術を受ける患者に対して、術後合併症の予防とともに術前から患者の生活状況や心理状態を十分に把握し、術後に患者が自らの身体変化を受け入れて自己管理を行い、自分らしく生きて行けるように支援する必要がある。

＼ このコーナーの構成 ／

1. 注目する病期のポイント
2. 患者さんの経過がわかる一覧表
3. 疾患理解に必要な解剖生理
4. 看護に必要な疾患の知識
5. アセスメントと根拠
6. 看護診断を導く関連図
7. 看護診断リスト
8. 看護計画

プチナース2020年3月号別冊　第29巻第3号 通巻379号 2020年2月10日発行・発売 ISSN1344-8722

# 患者さんの経過がわかる一覧表

## 広汎子宮全摘出術を受ける子宮頸がん患者の一般的な経過

| 項目＼時期 | | 術前 | 術直後 |
|---|---|---|---|
| 予測される身体的問題 | | ●不正性器出血<br>●帯下の増量<br>●下腹部痛<br>●腰痛 | ●おもな術後合併症<br>▶術後出血（～術後2日目頃）<br>▶無気肺（～3日目頃）<br>▶深部静脈血栓症（～3日目頃）<br>▶性器出血 |
| 治療 | | | ●術後疼痛緩和<br>▶末梢静脈血管か硬膜外チューブより鎮痛薬持続注入<br>▶鎮痛薬投与（点滴・状態に応じて内服）<br>●深部静脈血栓症予防<br>▶間欠的空気圧迫装置装着（～離床後）<br>▶弾性ストッキング装着<br>▶低分子ヘパリン投与<br>●輸液（～食事摂取）<br>●抗菌薬投与 |
| 検査・処置 | | ●全身状態の観察<br>●術前検査（胸腹部X線、心電図、呼吸機能検査、血液検査、尿検査、尿路造影検査）<br>●麻酔科医の問診<br>●剃毛、除毛<br>●臍処置 | ●ドレーン留置（～排液が減少） |
| 日常生活 | 活動 | ●制限なし | ●床上安静 |
| | 食事 | ●夕食後絶食 | ●絶飲食 |
| | 排泄 | ●浣腸 | ●膀胱留置カテーテル留置（～術後7日頃） |
| | 清潔 | ●入浴 | |
| 看護診断 | | #不安 | #急性疼痛<br>#術後回復遅延リスク状態（#術後回復遅延） |
| おもな看護援助 | | ●術前オリエンテーション<br>●患者、家族の不安緩和 | ●ドレーン管理<br>●疼痛管理<br>●術後合併症の観察と予防ケア |

患者さんが入院してから一般的にどのように経過するか、実習で予測して看護過程が展開できるよう、注目する病期を中心として退院後までイメージできる一覧表を掲載します。

※このコーナーでは、看護診断は、T. ヘザー・ハードマン，上鶴重美 原書編集，上鶴重美 訳「NANDA-I 看護診断　定義と分類　2018-2020　原書第11版」（医学書院）の診断名を使用しています。

# 疾患理解に必要な解剖生理

ここでは、患者さんの疾患を理解するうえで欠かせない解剖生理の知識を解説します。

## 女性生殖器の構造

●女性生殖器は、内性器と外性器に分けられる。内性器は、**卵巣**・**卵管**・**子宮**・**腟**からなり、外性器は、外陰からなる。卵巣と卵管を合わせて付属器とよぶ。

### 子宮の構造

●子宮は、西洋ナシを逆にしたような形を呈し、成熟女性の子宮は、全長約8cm、幅約4cmのほぼ鶏卵大で、多くの場合前傾前屈である。

●上部2/3を**子宮体部**、その上部を子宮底、内腔を子宮腔とよぶ。

●子宮体部の子宮壁は、**子宮内膜**・**子宮筋層**・**子宮漿膜**(外膜)の3層からなる。子宮内膜は、粘膜で覆われている。子宮筋層は、厚い平滑筋からなっている。子宮漿膜は、骨盤腹膜の延長で子宮表面を覆っている。

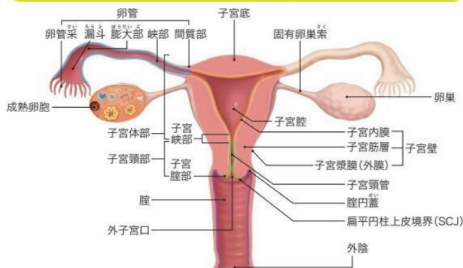
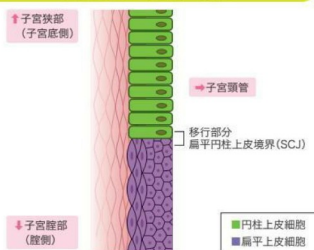
●下部1/3を**子宮頸部**とよぶ。子宮頸部は腟につながり、内腔を**子宮頸管**、その下端は**外子宮口**とよぶ。外子宮口では子宮頸管内膜が子宮腟部粘膜に移行している。この移行部分を扁平円柱上皮境界(SCJ*)とよび、予備細胞とよばれる細胞が表面に露出している。

*【SCJ】squamocolumnar junction

**女性生殖器**

卵管
卵管采
漏斗
膨大部
峡部
間質部
子宮底
固有卵巣索
卵巣
成熟卵胞
子宮腔
子宮体部
子宮峡部
子宮頸部
子宮腟部
子宮内膜
子宮筋層
子宮漿膜(外膜)
子宮壁
子宮頸管
腟円蓋
扁平円柱上皮境界(SCJ)
腟
外子宮口
外陰

**子宮頸部の内膜の構造**

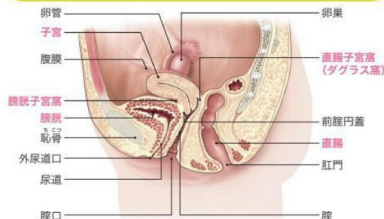
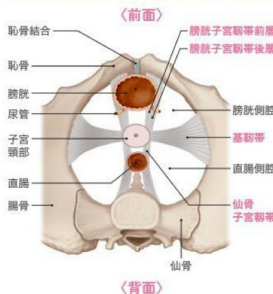
⬆子宮狭部(子宮底側)
➡子宮頸管
移行部分
扁平円柱上皮境界(SCJ)
⬇子宮腟部(腟側)
■円柱上皮細胞
■扁平上皮細胞

### 子宮の周辺臓器と支持組織

●骨盤腔内には、子宮を中心に、前方に**膀胱**、後方に**直腸**が存在する。

●腹膜は、膀胱・子宮・直腸の上面を覆い、**膀胱子宮窩**と**直腸子宮窩(ダグラス窩)**の2つの陥凹を形成する。直腸子宮窩(ダグラス窩)は、腹膜腔で最も低位置にある。

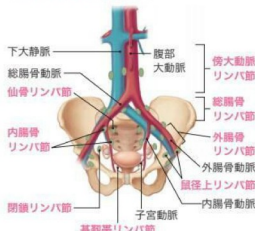
●子宮は、骨盤腔の中央に存在し、**膀胱子宮靭帯**・**基靭帯**・**仙骨子宮靭帯**からなる子宮支持組織によって、一定の位置に固定され、強力に支持されている(**P.5「子宮支持組織」**参照)。

●尿管は、基靭帯の上側をかすめ、膀胱子宮靭帯の前層と後層の間を通って膀胱に入る。

**子宮周辺の臓器(正中断面図)**

### 子宮支持組織（傍結合組織）

## 血管とリンパ管

- 子宮、卵管、卵巣への血液供給は、腹部大動脈から分岐する**卵巣動脈**と内腸骨動脈から分岐する**子宮動脈**から行われる。静脈は動脈に伴行しているが、左卵巣静脈は左腎静脈に注いでいる。
- 骨盤内にあるリンパ管は、大動脈の周囲にあるリンパ管につながっている。
- 子宮体部からのリンパ管は**外腸骨リンパ節**、子宮頸部からのリンパ節は**外腸骨リンパ節**・**内腸骨リンパ節**・**閉鎖リンパ節**・**仙骨リンパ節**に注いでいる。

### 腹部のリンパ節

- 図中で示したリンパ節のうち、傍大動脈リンパ節と鼠径上リンパ節以外を**骨盤リンパ節**と呼ぶ。

## 神経の走行とはたらき

- 子宮周辺の神経は、下腹神経と骨盤内臓神経が合流して形成される**骨盤神経叢**と、そこからさらに**子宮腟神経叢**と**膀胱神経叢**が分布している。
- これらの神経は、排便・排尿のはたらきを支配している。

### 排便・排尿のはたらきを支配している神経

**下腹神経**：蓄尿
- 交感神経
- 排尿筋を弛緩
- 内尿道括約筋を収縮

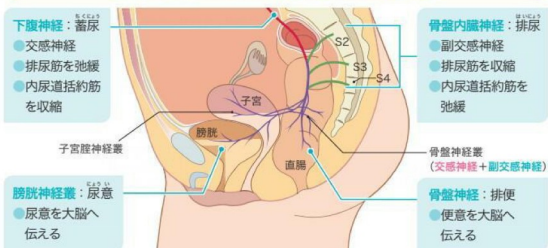
**骨盤内臓神経**：排尿
- 副交感神経
- 排尿筋を収縮
- 内尿道括約筋を弛緩

子宮腟神経叢

子宮　膀胱　直腸　S2　S3　S4

骨盤神経叢（**交感神経**＋**副交感神経**）

**膀胱神経叢**：尿意
- 尿意を大脳へ伝える

**骨盤神経**：排便
- 便意を大脳へ伝える

# 女性生殖器の機能

- 子宮は子宮内膜に着床した受精卵を子宮外での生存が可能な胎児になるまで発育させる器官である。
- 卵巣は、卵子の生成・成熟・排卵を行う生殖器官であり、**女性ホルモン**を分泌する内分泌器官である。
- 卵管は、卵巣から排卵された卵子の捕捉と、受精し分裂した受精卵の輸送を行う器官である。

## 女性ホルモンのはたらき

- 卵巣から分泌される**エストロゲン**と**プロゲステロン**は、女性ホルモンとよばれる。
- 思春期から閉経までの間、子宮内膜は、女性ホルモンの作用を受け、受精卵の着床に備えて増殖し、妊娠しなければ剥離し排出を繰り返す（**月経**）。
- エストロゲンは、子宮頸管や腟の**粘液分泌**などにも作用する。
- エストロゲンの分泌が増加する性成熟期には、頸管腺上皮が発達し、子宮頸部が外反するためSCJは腟部に露出する。そのため、SCJは、年齢により上下に移動する（**P.6参照**）。
- エストロゲンは、女性生殖器以外にも作用し、身体の健康維持に重要な役割を果たしている。

### エストロゲンの身体への作用

| | |
|---|---|
| 肝臓 | ●LDLコレステロール低下　●HDLコレステロール上昇 |
| 骨 | ●骨量の維持　●コラーゲンの合成促進 |
| 血管・血液 | ●血管拡張　●抗動脈硬化作用　●凝固能亢進 |
| 皮膚 | ●皮脂腺の分泌抑制　●コラーゲンの合成促進 |

# 看護に必要な疾患の知識

看護に必要な疾患の定義、原因・病態、症状、検査・診断、治療などについて解説します。

## 定義、疫学[3]

### 定義

- 子宮がんは、子宮頸部に発生する**子宮頸がん**と子宮体部に発生する**子宮体がん**に分類される。
- 子宮体がんは、子宮内膜から発生するため子宮内膜がんともよばれる。
- このほかの子宮の悪性腫瘍として、子宮体部の子宮筋層から発生する非常にまれな子宮肉腫(にくしゅ)がある。

### 子宮頸がんの疫学

- 罹患率は、**20歳代後半**から急激に上昇し、**40歳前後**をピークに70歳代まで徐々に低下する。
- 検診による早期発見が可能になり、罹患率・死亡率ともに低下傾向にあったが、近年再び上昇している。
- 性交渉開始年齢の低年齢化に伴い罹患率の若年化(じゃくねんか)が進んでいて、30歳代の罹患率は30年間で2倍以上に上昇している。

### 子宮体がんの疫学

- 罹患率は、閉経期の**50歳代前半から60歳代前半**に上昇する。
- 30歳代から40歳代にかけての罹患率は、20年間で3〜5倍に上昇し、若年化が進んでいる。
- 日本では、従来、子宮に発生するがんのなかでも子宮体がんの罹患率は低かったが、食生活の欧米化とともに上昇している。

## 発生原因と病態

### 子宮頸がんの発生

- 子宮頸部のSCJ(**P.4「子宮の構造」**参照)付近にある細胞は、**HPV*感染**などの刺激により異常細胞が発生しやすい。そのため、SCJが腟部に露出している性成熟期の女性は、子宮頸がんに罹患しやすい。
- HPV感染は、性交経験のあるほとんどの女性が一度は感染するごくありふれた性感染であり、感染しても多くの場合はウイルスが排除され、子宮頸がんの発症には至らない。
- HPV感染が長期化し、異常細胞が発生すると前がん病変であるCIN*となり、浸潤(しんじゅん)がんへと進行する。

*【HPV】human papilloma virus：ヒトパピローマウイルス　*【CIN】cervical intraepithelial neoplasia：子宮頸部上皮内腫瘍

**性成熟女性の子宮頸部の変化**

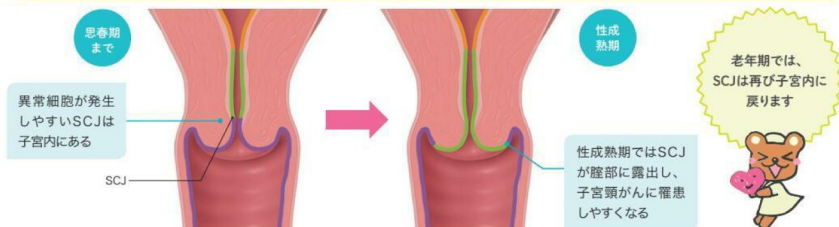
思春期まで

異常細胞が発生しやすいSCJは子宮内にある

SCJ

性成熟期

性成熟期ではSCJが腟部に露出し、子宮頸がんに罹患しやすくなる

老年期では、SCJは再び子宮内に戻ります

## 子宮体がんの発生

- 女性ホルモンのエストロゲンとプロゲステロンのバランスが崩れ、エストロゲン優位となると子宮内膜増殖症が生じ、これが持続し進行すると子宮体がんになる(タイプⅠ)。
- 他にも頻度は少ないが、エストロゲンとは無関係で、前がん病変がない予後不良のがんもある(タイプⅡ)。

### 子宮体がんの臨床経過

沖明典：子宮体がん(子宮内膜癌)．落合慈之 監修：婦人科・乳腺外科疾患ビジュアルブック 第2版．学研メディカル秀潤社，東京，2017：261．より転載

### 子宮頸がんと子宮体がんの特徴

| | 子宮頸がん | 子宮体がん |
|---|---|---|
| 部位 | 〈子宮頸部〉 | 〈子宮体部〉 |
| リスク因子 | ●HPV感染の起こりやすい状況にある人<br>▶性交渉の相手が多い ▶妊娠・出産回数が多い<br>▶性交渉開始年齢が若い<br>●喫煙 | ●肥満・高血圧・糖尿病<br>●未経産婦<br>●エストロゲン製剤の長期使用<br>●乳がんに対する内分泌療法薬の長期使用 |
| 発生因子 | ●HPV感染 | ●エストロゲン促進作用 |
| 前がん病変 | ●CIN(子宮頸部上皮内腫瘍) | ●子宮内膜増殖症 |
| 組織型 | ●扁平上皮がん(約75%) ●腺がん(約25%) | ●おもに腺がん |

## 分類

- 日本産科婦人科学会では、国際的な進行期分類の比較を可能にするためにFIGO*による臨床進行期分類とUICC*による病理学的TNM分類を採用している[5,6]。
- TNM分類は、T(tumor)：原発腫瘍の進展度、N(node)：所属リンパ節の状態、M(metastasis)：遠隔転移の有無の3因子で評価される。
- 子宮頸がんは、原則として**治療開始前に進行期が決定**される。上皮内がん(CIS)0期はFIGO2008分類より、進行期から除外されている。
- 子宮体がんも、かつては治療開始前に進行期が決定されていたが、1996年のガイドラインの改訂より**術後に進行期を決定する**手術進行期分類が採用されている。
- 子宮体がんでは、手術後に病理学的に診断した結果をもとに、がんの大きさだけでなく、子宮筋層にどの程度がんが浸潤しているかで分類される。

*【FIGO】International Federation of Gynecology and Obstetrics：国際産婦人科連合　*【UICC】Union for International Cancer Control：国際対がん連合

## 子宮頸がんの臨床進行期分類（日産婦2011，FIGO2008）

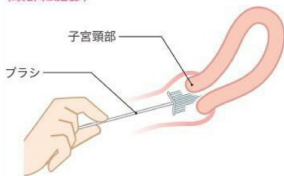
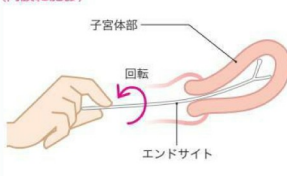
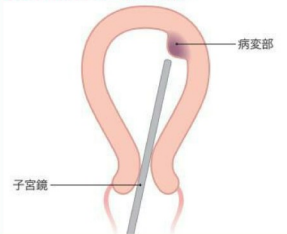
<table>
<tr><td rowspan="4">Ⅰ期：<br>癌が子宮頸部に限局するもの<br>（体部浸潤の有無は考慮しない）</td><td rowspan="2">ⅠA期：<br>組織学的にのみ診断できる浸潤癌<br>肉眼的に明らかな病巣は、たとえ表層浸潤であってもⅠB期とする。浸潤は、計測による間質浸潤の深さが5mm以内で、縦軸方向の広がりが7mmをこえないものとする。浸潤の深さは、浸潤がみられる表層上皮の基底膜より計測して5mmをこえないものとする。脈管（静脈またはリンパ管）侵襲があっても進行期は変更しない</td><td>ⅠA1期：<br>間質浸潤の深さが3mm以内で、広がりが7mmをこえないもの</td></tr>
<tr><td>ⅠA2期：<br>間質浸潤の深さが3mmをこえるが5mm以内で、広がりが7mmをこえないもの</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ⅠB期：<br>臨床的に明らかな病巣が子宮頸部に限局するもの、または臨床的に明らかではないがⅠA期をこえるもの</td><td>ⅠB1期：<br>病巣が4cm以下のもの</td></tr>
<tr><td>ⅠB2期：<br>病巣が4cmをこえるもの</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ⅱ期：<br>癌が子宮頸部をこえて広がっているが、骨盤壁または腟壁下1/3には達していないもの</td><td rowspan="2">ⅡA期：<br>腟壁浸潤が認められるが、子宮傍組織浸潤は認められないもの</td><td>ⅡA1期：<br>病巣が4cm以下のもの</td></tr>
<tr><td>ⅡA2期：<br>病巣が4cmをこえるもの</td></tr>
<tr><td colspan="2">ⅡB期：<br>子宮傍組織浸潤の認められるもの</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Ⅲ期：<br>癌浸潤が骨盤壁にまで達するもので、腫瘍塊と骨盤壁との間にcancer free spaceを残さない、または腟壁浸潤が下1/3に達するもの</td><td colspan="2">ⅢA期：<br>腟壁浸潤は下1/3に達するが、子宮傍組織浸潤は骨盤壁にまでは達していないもの</td></tr>
<tr><td colspan="2">ⅢB期：<br>子宮傍組織浸潤が骨盤壁にまで達しているもの、または明らかな水腎症や無機能腎を認めるもの</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Ⅳ期：<br>癌が小骨盤腔をこえて広がるか、膀胱、直腸の粘膜を侵すもの</td><td colspan="2">ⅣA期：<br>膀胱、直腸粘膜への浸潤があるもの</td></tr>
<tr><td colspan="2">ⅣB期：<br>小骨盤腔をこえて広がるもの</td></tr>
</table>

日本産科婦人科学会，日本病理学会 編：子宮頸癌取扱い規約　病理編　第4版．金原出版，東京，2017：10．より転載

# 症状

## 子宮がんの初期症状

| | |
|---|---|
| 子宮頸がん | ●**症状がない**ことが多く、がん検診で診断されることが多い<br>●不正性器出血、性交渉の接触出血がみられる |
| 子宮体がん | ●**不正性器出血**、**血性帯下**がみられる<br>●生理痛のような**下腹部痛**がみられる |

## 子宮がん進行時の症状

●子宮頸がん、子宮体がんが進行すると共通して以下のような症状が出現する。

| | |
|---|---|
| 不正性器出血・帯下 | ●破綻した腫瘍組織が壊死や感染すると、**悪臭を伴う不正性器出血や帯下**が増加する |
| 疼痛 | ●がんの浸潤が骨盤壁に達すると、骨盤神経や坐骨神経が刺激され、**がん性疼痛**がみられる<br>●尿管に浸潤が及ぶと、**水腎症**や**腎盂炎**を起こし、**腰痛**などがみられる |
| 排尿・排便障害 | ●尿管、膀胱、尿道に浸潤すると、**血尿**・**頻尿**・**排尿痛**などがみられる<br>●直腸に浸潤すると、**便秘**・**血便**・**排便時痛**などがみられる |

# 検査

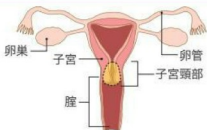
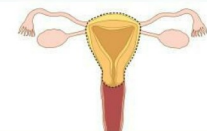
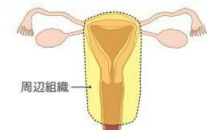
- がん検診やがんを疑う場合はまず**細胞診**を行い、その結果異常な細胞が見つかれば**組織診**が行われる。
- がんの広がりは、**画像検査**・**理学的検査**などで確認される。

## 子宮がんのおもな検査

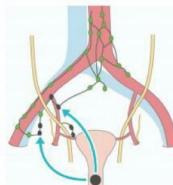
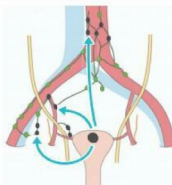
| 検査 | 子宮頸がん | 子宮体がん |
|---|---|---|
| **細胞診**<br>組織を検査用器具で擦って採取する | 〈頸部細胞診〉 | 〈内膜細胞診〉 |
| **組織診**<br>組織を直接観察し、<br>ねらいをつけて組織を採取する | 〈コルポスコピー（腟拡大鏡）〉 | 〈ヒステロスコピー（子宮鏡）〉 |
| **腫瘍マーカー** | SCC*抗原・CA125*・CEA* | CA125・CA19-9* |
| **画像検査**<br>直接浸潤の状態や遠隔転移などの情報を得る | ●超音波検査（腹部超音波・経腟超音波）<br>●CT*検査<br>●MRI*検査<br>●尿路造影検査 | |
| **理学的検査**<br>内診台を用いて截石位をとり、触診や視診を行う | ●内診：内性器やがんの状態を診察するために、指を腟に挿入し、腟・子宮・付属器を触診する<br>●直腸診：肛門から指を挿入し、内診では把握しづらい内性器の状態やがんの浸潤を触診する<br>●腟鏡診：腟鏡を腟内に挿入して腟・外子宮口・分泌物の状態を視覚的に観察する | |

*【SCC】squamous cell carcinoma：扁平上皮がん　*【CA125】carbohydrate antigen 125：糖鎖抗原125　*【CEA】carcinoembryonic antigen：がん胎児性抗原
*【CA19-9】carbohydrate antigen19-9：糖鎖抗原19-9　*【CT】computed tomography：コンピューター断層撮影　*【MRI】magnetic resonance imaging：磁気共鳴画像診断

# 子宮がんの治療

- 子宮がんのおもな治療法には、**手術療法**・**放射線療法**・**化学療法**・**同時化学放射線療法**（**CCRT***）がある。
- 子宮頸がんは、術前の臨床進行期に準じて治療が行われるが、子宮体がんは、臨床所見より術式を決定し手術後に手術進行期分類を決定し、再発のリスクを評価して、放射線療法や化学療法などの補助療法が行われる。

*【CCRT】concurrent chemoradiotherapy

## 手術療法

- 子宮頸がん・子宮体がんの**根治術**として行われる。
- 付属器（卵巣・卵管）の切除はがんの進行度によるが、子宮体がんの場合は原則として付属器切除が行われる。
- リンパ節郭清は、子宮頸がん・子宮体がんそれぞれによりリンパ節転移の部位が異なるため、それにあわせて摘出範囲が異なる。

### 子宮がんのおもな手術療法の種類

| 術式 | 内容 | 図 |
|---|---|---|
| 子宮頸部円錐切除術 | ●子宮頸部をメスまたはレーザーなどを用いて円錐状に病変のみを切除する<br>●子宮頸がんの上皮内がん・ⅠA期を対象とし、病理学的に診断を確定する目的で行われることもある |  |
| 単純子宮全摘出術 | ●子宮のみを摘出する<br>●子宮内膜に限局する子宮体がんには、腹腔鏡下子宮全摘出術やロボット支援下子宮全摘出術が行われることもある<br>●子宮頸がんのⅠA期、子宮体がんのⅠ期※を対象に行われる |  |
| 準広汎子宮全摘出術 | ●子宮を一部の腟壁や傍結合組織とともに摘出する術式<br>●骨盤リンパ節郭清・傍大動脈リンパ節郭清を行うこともある<br>●付属器切除を行うこともある<br>●子宮頸がんⅠA期からⅡB期、子宮体がんⅡ期で頸部浸潤がある場合などを対象に行われる |  |
| 広汎子宮全摘出術 | ●子宮を一部の腟壁や傍結合組織とともに、準広汎子宮全摘出術よりも広く摘出する術式<br>●骨盤リンパ節郭清・傍大動脈リンパ節郭清を行うこともある<br>●通常は付属器もともに切除する<br>●子宮頸がんのⅠB～ⅡB期、子宮体がんのⅡ期で頸部浸潤がある場合などが対象となる |  |

※子宮体がんは術後に進行期を決定するため、手術は術前に推定される期に対して行われる。

切除範囲

### 子宮がんのリンパ節転移の方向と郭清部位

**子宮頸がん**

〈子宮頸がんの転移方向〉

子宮頸がん → 骨盤リンパ節 → 傍大動脈リンパ節

骨盤リンパ節郭清を行う

**子宮体がん**

〈子宮体がんの転移方向〉

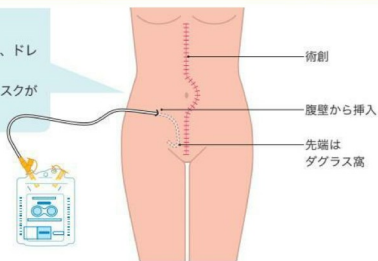
子宮体がん → 骨盤リンパ節 → 傍大動脈リンパ節

子宮体がん → 傍大動脈リンパ節

骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を行う

## 腹腔内ドレーン留置

- 骨盤腔内に貯留した、血液や滲出液、リンパ液を排出する。
- 手術直後は、手術終了時に行われた腹腔内洗浄液が**淡血性の排液**として排出される。
- **閉鎖式ドレーンバッグ**が使用されることが多い。

### ドレーン留置部位とドレーンバッグの特徴

## おもな術後合併症

- 手術後は、手術侵襲や全身麻酔の影響により、**術後出血**、**無気肺**、**深部静脈血栓症**、**創感染**、**腸閉塞**など、さまざまな術後合併症が生じる可能性がある。
- 以下では、広汎子宮全摘出術後に多い合併症を示す。

### 広汎子宮全摘出術で多い術後合併症

| 合併症 | 内容 |
|---|---|
| 膀胱・尿管・腸の損傷 | ●子宮は、膀胱・尿管・腸と隣接している(P.4「子宮の周辺臓器と支持組織」参照)ため、膀胱・尿管・腸を広範囲に剝離する際に、膀胱瘻や尿管瘻などの尿路系の損傷、直腸瘻などの腸損傷が合併しやすい<br>●手術中にそれらを損傷した場合には、損傷部位の治癒までの間、**尿管ステント**・**腎瘻カテーテル**の留置や**一時的人工肛門**を造設することもある |
| 骨盤死腔炎 | ●子宮や傍結合組織の摘出後に形成する骨盤内腔に、出血やリンパ液が貯留し細菌増殖すると、骨盤腔内に炎症が起きる<br>●感染防止のために、術中からの**抗菌薬**の使用や、**腹腔内ドレーン留置**を行う |
| 腸閉塞 | ●開腹に伴う腸管への侵襲により、生理的腸管麻痺の遅延や、直接的な腸管の剝離による腸管癒着によって、腸閉塞を発生する可能性が高い<br>●症状は**嘔気**・**嘔吐**・**腹部膨満**・**排ガスの停止**などがある |
| 骨盤神経損傷 | ●子宮傍組織を摘出する際に、子宮周辺に分布している膀胱や直腸に分布する神経(P.5「神経の走行とはたらき」参照)を損傷するおそれがあり、損傷されると排尿や排便障害をきたしやすい<br>●とくに排尿障害は起こりやすく、症状は**排尿困難**・**尿失禁**・**尿意低下や消失**がみられる |
| リンパ路障害 | ●骨盤リンパ節郭清によってリンパ路が傷害されたり途絶されたりすると、リンパ液が漏れ、**リンパ囊腫**や**下肢のリンパ浮腫**が生じる。<br>●リンパ囊腫は、**術後の早い時期**に発生するが、下肢のリンパ浮腫は、**数年後、数十年後に発生する**こともある |
| 女性ホルモン分泌低下 | ●両側の卵巣摘出により、女性ホルモンの分泌機能が低下するため、更年期症状と似た頭痛・肩こり・のぼせ・動悸・不眠・うつ症状などの**卵巣欠落症状**が生じる<br>●とくに年齢が若いと症状が強くなる傾向があり、**ホルモン補充療法**が行われる |
| 性的機能障害 | ●解剖学的には、性交は可能であるが、膣上部を切断するため、**膣の長さの短縮や狭窄**が生じる。また女性ホルモンの分泌機能低下の影響を受け、性欲の低下や、膣粘液の分泌低下によって膣内が乾燥することで起こる**性交時の痛み**などにより、性行為に障害をきたすことがある |

## 放射線療法

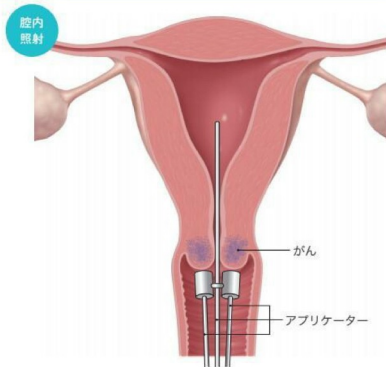
●放射線療法は、放射線をがん細胞に照射して細胞のDNA*に損傷を与え、がん細胞を死滅させる治療である。
●扁平上皮がんは放射線感受性が高いため、扁平上皮がんの頻度が高い**子宮頸がんでは有効**である。
●子宮頸がんのⅢ期〜Ⅳ期の進行がん、重篤な合併症を有する患者、高齢者に対して行われ、**外部照射**と**腔内照射**を併用することもある。
●外部照射は、手術後の再発リスク患者に対して補助療法として行われる。

*【DNA】deoxyribonucleic acid：デオキシリボ核酸

### 放射線療法の方法

外部照射

放射線治療装置（リニアック）を用いて原発巣から離れた骨盤内病巣に対して行う

腔内照射

遠隔制御内照射装置（RALS*）を用いて原発巣に対して行う

*【RALS】remote after loading system

## 化学療法

●子宮がんに対する化学療法は、抗がん薬や分子標的薬が用いられ、薬剤を組み合わせて用いる**多剤併用化学療法**が施行される。
●手術後の再発のリスクが高い患者に対して、全身への**微小な転移を予防**する効果がある。
●腫瘍の縮小を目的として**手術前**に化学療法が行われることもある。

### おもな薬剤

| | | |
|---|---|---|
| 子宮頸がん | 抗がん薬 | ●白金製剤（シスプラチン、カルボプラチン、ネダプラチン）　●タキサン系薬剤（パクリタキセル）<br>●トポイソメラーゼ阻害薬（イリノテカン） |
| | 分子標的薬 | ●ベバシズマブ |
| 子宮体がん | 抗がん薬 | ●白金製剤（シスプラチン、カルボプラチン）　●タキサン系薬剤（パクリタキセル）<br>●アントラサイクリン系薬剤（ドキソルビシン塩酸塩）　●葉酸代謝拮抗剤（メトトレキサート） |

## 同時化学放射線療法（CCRT）

●放射線治療に化学療法を併用することで、放射線治療の効果が高まる。
●子宮頸がんの**手術適応外患者**や**術後再発の中・高リスク患者**に対して行われる。

# PART 5 アセスメントと根拠

アセスメント（データ収集）の項目と、なぜその項目をみる必要があるのか、根拠を示します。

## 1 術後合併症の発生リスク

**アセスメントの根拠**

術後は麻酔に伴う影響や手術侵襲により、さまざまな合併症が起こる可能性がある。一般的な血液検査や尿検査・循環器系・呼吸器系・肝臓機能・腎臓機能などの術前検査は、患者が麻酔や手術に耐えられる状態であるかを把握するために行われる。それらのデータや、既往疾患、身体状況などの情報から、患者ごとに起こりうる術後合併症の発生リスクをアセスメントすることが重要である。

全身麻酔で開腹手術を受ける患者に起こりうる合併症として、術後出血、急性疼痛、無気肺、深部静脈血栓症(DVT*)、創感染、腸閉塞などに注意が必要である。婦人科悪性腫瘍では術前に静脈血栓塞栓症の合併率が高いと報告されており[7]、患者の下肢静脈瘤や脂質異常症の既往歴、血液凝固亢進の副作用のあるエストロゲン製剤や経口避妊薬の服用、肥満などの情報を術前に収集し、DVTの発生リスクをアセスメントする。

腸閉塞は、開腹手術経験があれば腸管癒着を起こしている可能性がありリスクが高くなる。そのため、患者の開腹手術歴や排便習慣の情報収集を行い、発生リスクをアセスメントすることが必要である。

**【データ収集する項目】**

- □ 患者の年齢、身長、体重、肥満度
- □ 既往歴：血管系疾患、呼吸器疾患、下肢静脈瘤、脂質異常症、糖尿病、開腹手術歴など
- □ 薬物服用：エストロゲン製剤、経口避妊薬、抗凝固薬、鉄剤など
- □ 予定の術式、手術時間
- □ 血液検査
  - 血液一般(赤血球、白血球、血小板、ヘモグロビン、ヘマトクリット)
  - 血液生化学(TP*、Alb*、ビリルビン値、AST*、ALT*、血清電解質、クレアチニン値、BUN*、eGFR*、総コレステロール、中性脂肪)
  - 血糖値
  - 凝固検査(出血時間、凝固時間、プロトロンビン時間)
- □ 尿検査：尿一般、尿比重、尿沈査、尿生化
- □ 腹部X線
- □ 心電図検査
- □ 喫煙歴、胸部X線、呼吸機能検査(スパイロメトリー)
- □ バイタルサイン：血圧値、脈拍数、不整脈の有無、呼吸回数、酸素飽和度、体温
- □ 排便習慣、下剤の服用

＊【DVT】deep vein thrombosis
＊【TP】total protein：総タンパク
＊【Alb】albumin：アルブミン
＊【AST】aspartate transaminase：アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ
＊【ALT】alanine transaminase：アラニンアミノトランスフェラーゼ
＊【BUN】blood urea nitrogen：尿素窒素
＊【eGFR】estimated glomerular filtration rate：推算糸球体濾過量

術前から
術後合併症の
発生リスクを
アセスメントすることが
重要です

# 2 術後の回復状況

**アセスメントの根拠**

手術および麻酔は、患者の身体に大きな侵襲を与える。侵襲を受けた身体は、恒常性を維持・回復するためにさまざまな生体反応が起こり、正常な回復過程をたどろうとする。しかし、広汎子宮全摘出術は、広範囲にわたる骨盤腔内の組織を切除・摘出する開腹手術のため、患者にとって大きな侵襲であり、回復過程でさまざまな問題が起こり得る。こういった異常を早期に発見・対処するために、手術侵襲からの回復状況をアセスメントすることが重要である。

手術後の出血は時間とともに減少するが、ドレーンからの排液量の減少、性状の変化の情報から、腹腔内出血のリスクの低下を予測できる。

術後は、感染の予防や創傷の治癒促進のためにも、早期の経口摂取による栄養補給が必要である。腸管運動の促進と腸管癒着の予防のために、離床をすすめながら、腸の蠕動運動・消化器症状・食事の摂取状況を観察し、消化管の回復状況をアセスメントすることが必要である。

術後の疼痛は、おもなものは創部痛であるが、他にも術中の体位や術後安静臥床による腰痛や、腸蠕動回復による腹痛などがみられる。疼痛は、呼吸抑制、末梢血管の収縮、腸蠕動の低下などのさまざまな合併症の要因となり、他にも睡眠や休息の妨げ、不安や恐怖などの情動反応をも引き起こす。疼痛は、術後2～3日で徐々に軽減する経過をたどるが、患者の体験している主観的な情報と、疼痛の強さを評価するスケールや、離床の様子などの客観的な情報からアセスメントする。

**【データ収集する項目】**

- □ 手術に関する情報：術式、手術時間、麻酔時間、出血量、輸血量、輸液量、術中バイタルサインなど
- □ 麻酔覚醒状態、意識レベル
- □ 血液検査(項目は前項の<データ収集する項目>を参照)
- □ 術後出血：創部・ドレーン挿入部・性器出血
- □ ドレーンからの排液量と性状
- □ 術後バイタルサイン：血圧値、脈拍数、不整脈の有無、呼吸回数、酸素飽和度、体温
- □ 尿量、性状
- □ 水分水納バランス
- □ 腸蠕動音、腹部膨満、腹鳴自覚、排ガスの有無、排便の有無と性状、便意の有無
- □ 消化器症状、食欲、食事量
- □ 疼痛の有無、程度、部位、性質、持続時間、増強因子、軽減因子、鎮痛薬の使用状況と効果
- □ 睡眠、休息
- □ 離床の進み具合、離床に対する患者の取り組み

いつどのような
生体反応が起きて、
どのように
回復していくのかを
予測しましょう

## ドレーンの性状

●ドレーンの色調は、術直後は血性であるが、次第に血液の色が薄くなり、漿液性となる。

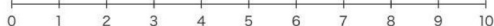
## ペインスケール

**NRS(numerical rating scale：数字スケール)**

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

**フェイススケール**

0　1　2　3　4　5

## 3 健康に関する認識と健康管理行動

広汎子宮全摘出術は、術後の回復過程で、排尿障害、下肢リンパ浮腫、女性ホルモン機能低下、性的機能障害といった、日常生活に大きな影響を与える機能障害が、合併症として起こる可能性が高い。これら機能障害の出現やその程度は個人差があるものの、患者は退院後に、身体状態を自分でモニタリングし、自分の生活スタイルに応じた方法で予防・対処行動を行う必要がある。

そのため、看護師は、患者が、術後合併症や身体変化の出現の可能性や退院後の身体状態のセルフモニタリングの必要性をどのように認識しているのか、退院後にどのような健康管理行動が求められ、それをどれだけ自分でできると認識しているのかといった健康に関する認識をアセスメントする必要がある。また、これまでどのような健康管理行動をどの程度行ってきたのか、これまでの患者の生活はどのようなものか、患者に必要な予防行動・対処行動は入院中にどの程度実施できているのか、退院後の生活のなかに予防行動や対処行動をどのように組み込むことができるのか、必要な場合には家族など重要他者の支援は受けられるのかなどを手術前から術後にかけての情報を総合的に判断して、必要な看護援助を検討する必要がある。

**【データ収集する項目】**

- ☐ 入院前の健康に対する考えかた・自己の健康状態の認識
- ☐ 入院前に行っていた管理行動と実施状況
- ☐ 術後合併症の出現の可能性についての認識(手術前・手術後)
- ☐ 術後合併症の予防方法や発生時の対処方法の理解度
- ☐ 術後合併症の予防方法・対処方法を自己管理する必要性の認識と実施することへの自信の程度
- ☐ 術後の術後合併症の予防行動・対処行動の実施状況
- ☐ 患者の入院前の生活スタイル
- ☐ 家族など周囲の人の支援の有無・受けられる支援状況

## 4 子宮の喪失による心理・社会的影響

子宮摘出手術は、女性の象徴でもある身体の大切な一部の喪失であり、患者自身の身体像(ボディイメージ)に影響するものである。そればかりではなく、子宮を摘出することは、患者にとって女性としての自己への考えかた・生きかたに直面することになり、とくに、結婚や出産を望む年代の患者にとっては、子宮の喪失は妊孕性(にんようせい)の喪失でもあるために、今後のライフステージにも影響する。また、患者は、術後の性的欲望の低下や性的機能障害などによって、夫やパートナーと術前のような性的関係をもつことができなくなることがある。これによって、患者と夫やパートナーが互いに気づかい合い、自分の感情を隠したり、接しかたにとまどったりして、患者を支える存在である夫やパートナーと患者との間のこれまでの良好な関係に悪影響となる可能性もある。

つまり、子宮摘出は、単に身体の一部を切除することにとどまらず、患者がこれまで描いてきた自分自身のボディイメージや女性としての自信、自己の存在価値、重要な人との関係にも影響する可能性がある重大なできごとであると言える。これらのことから、看護師は、患者が子宮を喪失した自己やそれに伴う変化を受け入れ、自分らしく生きていくことができるように支援する必要がある。

看護師は、患者が自己の身体の変化をどのように受け止めているのか、子宮を喪失した自己をどのように捉え、この体験をどのように意味づけているのか、今後の夫・パートナーとの性的関係をどのように考えているのかなど、ボディイメージ・自尊感情、他者との関係などをアセスメントすることが重要である。

**【データ収集する項目】**

- ☐ 子宮頸がんの診断から手術を決断までの経緯
- ☐ 術前に捉えていた身体の変化
- ☐ 子宮を摘出することをどのように感じているか
- ☐ 妊娠・出産の希望や計画
- ☐ 患者の家族、夫、パートナーとの関係
- ☐ 性生活についての悩み
- ☐ 患者の社会的役割

# PART 6 看護診断を導く関連図

看護診断を導くために、原因、病態、症状、治療、看護診断、ケアを含む関連図を示します。

# 看護診断リスト

この時期に取り上げられる
看護診断を挙げ、根拠を示します。

## 広汎子宮全摘出術を受ける子宮頸がん患者の看護診断リスト

| 看護診断 | 根拠 |
|---|---|
| #1<br>急性疼痛 | 根拠 術後疼痛はさまざまな痛みがあるが、おもには手術操作に伴う組織の傷害刺激に対する炎症反応である創痛である。この痛みに対する鎮痛が不十分であると、患者は疼痛を誘発する身体の運動を抑制するおそれがあり、離床が遅延する。離床の遅延は、腸閉塞や深部静脈血栓症などの合併症に影響する。また、疼痛があると交感神経優位となり、腸蠕動の低下や睡眠・休息の妨げとなる。さらに、疼痛は大脳皮質に伝達されることで不安や恐怖などの情動反応を引き起こし、疼痛の増大やせん妄の誘因となる。これらのことより、術後の順調な回復を図るためにも疼痛はきわめて重要な看護問題である。 |
| #2<br>術後回復遅延<br>リスク状態 | 根拠 術後の身体は、手術侵襲に対して恒常性を維持しようと回復過程をたどる。しかし、患者の年齢や既往症、絶食による栄養低下、疼痛に伴う離床の遅れなどの影響により術後合併症を招きかねず、その結果、術後の回復遅延につながる可能性があることから、#2は重要な看護問題である。合併症の出現により、術後回復に遅延をきたしていれば「#術後回復遅延」を、出血やリンパ液が骨盤内腔に貯留し、骨盤死腔炎の可能性があれば「#感染リスク状態」を看護問題とする。 |
| #3<br>排尿障害 | 根拠 広汎子宮全摘出術は、手術操作により、排尿機能を支配する神経を損傷しやすく、膀胱留置カテーテルを抜去後に尿意を感じなかったり、排尿後も残尿があったりといった排尿障害がみられる。排尿障害は、腎機能障害や尿路感染の原因となり、退院後の日常生活に支障をきたす。排尿訓練を行うことである程度は改善するが、個人差があり、術前と同じ排尿状態に回復することは難しく、尿を溜めすぎないなどの排尿指導を行う必要がある。<br>残尿が多く、尿路感染の可能性があれば「#感染リスク状態」を看護問題とする。 |
| #4<br>健康管理促進<br>準備状態 | 根拠 術後合併症の予防のために、患者はさまざまな健康管理行動に取り組まなければならない。また、広汎子宮全摘出術は、下肢リンパ浮腫、卵巣欠落症状といった術後合併症が、退院後も出現する可能性があり、患者はそれらの初期症状に注意し、適切に対処しなければならない。患者が身体変化に応じた健康管理行動を日々の生活に取り入れることを望み、それを支援することは重要である。<br>患者が健康管理行動を効果的に実施できない場合は「#非効果的健康管理」、自らの身体状態を正当に評価できず、効果的な健康管理行動が実施できない場合は「#リスク傾斜健康行動」を看護問題とする。 |
| #5<br>不安 | 根拠 患者は子宮がんと診断された時点から、がんの進行、死に対する予期不安などさまざまな不安に襲われる。手術に対する不安としては、術後の疼痛、術後の経過、術後に起こる合併症などが挙げられる。再発リスクのある患者には、手術後に補助療法が行われ治療が継続されることから、患者は再発や治療についての不安を抱えながら生活する可能性がある。 |
| #6<br>自尊感情状況的低下<br>リスク状態 | 根拠 子宮摘出をすることは、患者にとって、生命と引き換えに女性として大切な身体の一部を喪失する体験となる。子宮頸がんは若年層の女性に増加傾向で、若年女性にとって子宮摘出は、妊孕性を失うできごとであり、結婚・妊娠・出産といった女性のライフステージに影響を及ぼす。身体の一部の喪失といったボディイメージの変容は、女性としての自己価値の変化につながり、自尊心を低下させる可能性がある。患者が子宮喪失体験を乗り越え、自分らしく生きていけるような支援が重要である。<br>実際に自己価値に否定的な感情が生じている場合は「#自尊感情状況的低下」を看護問題とする。また、術後の自己の身体に対するイメージが混乱している場合は「#ボディイメージ混乱」、自己の感情の表現が衰退し、自分のためにエネルギーを使えないと感じる場合は「#絶望感」を看護問題とする。 |

PART 8

# 看護計画

今回は、看護診断リストのうち、「#3　排尿障害」「#6　自尊感情状況的低下リスク状態」の看護計画を立案します。

## #3 排尿障害

**期待される結果　長期目標**

- 自然排尿または自己導尿により、尿失禁や尿閉が起こらない。

**期待される結果　短期目標**

- 自己にあった補助方法で、自然排尿がある。
- 必要な場合、自己導尿で排尿できる。

| | 看護計画 | 根拠・留意点 |
|---|---|---|
| O-P<br>観察計画 | **❶排尿障害の程度**<br>＜蓄尿機能＞<br>●1日の排尿回数、排尿の間隔<br>●尿意の有無・程度<br>●蓄尿時の下腹部の張り感<br>●尿失禁の有無・量<br>●尿失禁が起こるときの状況<br>＜排尿機能＞<br>●残尿量<br>●排尿時の勢い<br>●排尿にかかる時間<br>●残尿感の有無・程度<br>●排尿しやすい体勢や、下腹部の圧迫などの工夫 | ●広汎子宮全摘出術後の排尿障害は、一次的な場合もあれば、退院後も自己導尿が必要な場合もある。患者はこれまでの排尿状態と異なりとまどうこともあるが、尿意の代わりに蓄尿時に下腹部が張ったような感覚を感じることができたり、姿勢を工夫したりすることで、自己の排尿方法を確立していく。そのため、排尿状態の情報を収集し、排尿障害状況を把握することが重要である。 |
| | **❷尿路感染の徴候**<br>●尿の性状<br>●膀胱炎症状（排尿時痛・残尿感・頻尿）<br>●発熱<br>●検尿、血液検査 | ●導尿による尿道・膀胱への細菌の混入や、尿失禁によって陰部の清潔が保てないことで、膀胱炎などの尿路感染を引き起こすことがある。重症化すると腎盂腎炎や水腎症を起こすおそれがあるため、尿路感染の初期徴候に注意する必要がある。 |
| | **❸尿路感染の予防行動**<br>●尿路感染の予防行動の必要性の理解<br>●1日の水分摂取量・摂取時間<br>●陰部の清潔 | ●尿路感染予防を継続するために、患者が適切な予防行動を行えているかを観察する。 |
| | **❹排尿障害に対する取り組み**<br>●排尿訓練の必要性の理解<br>●排尿訓練の取り組みの様子 | ●患者は排尿訓練を行い、自己で排尿の方法を確立していかなければならない。そのためには、排尿訓練の必要性の理解とその取り組みの情報から、患者自身での対応能力を判断する必要がある。 |
| C-P<br>ケア計画 | **❶排尿障害の回復状況を評価する。**<br>●排尿訓練チェック表の使用（P.19参照）<br>●退院までに残尿が50mL以上ある場合は、自己導尿による残尿測定とする。 | ●残尿は尿路感染の原因となるため、退院までに残尿が50mL以上ある場合は、自己導尿が必要となる。チェック表を用いながら、排尿障害の回復を評価する。 |

| | 看護計画 | 根拠・留意点 |
|---|---|---|
| C-P ケア計画 | ❷残尿測定を行う。<br>●自然排尿後に導尿を行う。<br>●残尿量が50mL以下になるまで行う。 | ●膀胱留置カテーテル抜去後に自然排尿がみられなくても、蓄尿と導尿での排尿を繰り返すことで、尿意や排尿機能が回復することがある。 |
| | ❸排尿時の環境調整 | ●頻尿の患者には、病室はトイレの近くがよい。患者が静かなトイレでゆったりとした気持ちで排尿ができるような環境の調整が必要である。 |
| | ❹心理的苦痛の軽減<br>●排尿障害や排尿訓練に対する苦痛の傾聴<br>●ゆとりのある排尿誘導<br>●患者の取り組みを承認し、受容的な態度で接する。 | ●排尿障害は、患者にとって大きなストレスとなり、尿失禁や導尿による残尿測定は、患者の羞恥心(しゅうちしん)が伴う。精神的な負担は、排尿障害の悪化の要因にもなることから、患者の心理的苦痛を軽減し、意欲的に排尿訓練に取り組めるような支援が必要となる。 |
| E-P 教育計画 | ❶排尿訓練の必要性について説明する。 | ●残尿は、膀胱炎などの尿路感染の原因となることを説明する。 |
| | ❷排尿訓練について以下の内容を指導する。<br>●尿意がなくても2～4時間ごとに定期的に排尿を試みる。<br>●創部に強い圧迫をかけないように下腹部を手で軽く押さえる。<br>●腹式呼吸をして下腹部をふくらませ､息をとめて腹圧をかける。<br>●前かがみ姿勢など腹圧をかけやすい姿勢をとる。<br>●排尿障害の回復は、個人差があり根気よく訓練を継続する。 | ●排尿障害は、個人差があり、患者によって自然排尿のしやすい方法が異なる。そのため、患者がいろいろな方法で自然排尿を試みることができるように説明を行う。手で下腹部を押さえたり、下腹部に腹圧をかけたりするときは、創部に負担がかかるため、力強く行わないように説明する。 |
| | ❸尿路感染予防について以下の内容を指導する。<br>●1日の尿量が1,000mL以上になるよう水分摂取をする。<br>●陰部を清潔にする。 | ●尿路感染は、水分摂取や陰部の清潔など患者自身の予防行動で防ぐことができる。 |
| | ❹自己導尿が必要な患者には、その意義と方法を具体的に指導する。 | ●高齢者などで自己導尿ができない場合は、家族に指導を行う。自己導尿が必要な患者が、退院後は自宅のトイレで落ち着いて排尿することで、自然排尿が増え、残尿が減少することもある。 |

## 排尿訓練チェック表の例

●排尿障害がみられる場合は､以下のような表に記載して､排尿の状況を把握する。

| 時間 | 水分量 | 自然排尿量 | 残尿量 | 尿意 |
|---|---|---|---|---|
| 10:00 | 200mL | | | |
| 11:00 | | 150mL | 80mL | あり |
| 12:00 | 150mL | | | |
| 15:00 | | 120mL | 60mL | 少しあり |

## 残尿測定のめやすと測定回数

| めやす | 測定回数 |
|---|---|
| 残尿量100mL以上 | 4～6時間ごと |
| 残尿量50～100mL以上 | 2～4回／日 |
| 30～50mL | 1～2回／日または不要 |

# #6 自尊感情状況的低下リスク状態

期待される結果 長期目標

●自己の価値を認め、自分らしい生活を送ることができる。

期待される結果 短期目標

●自己について否定的な発言をしない。

| | 看護計画 | 根拠・留意点 |
|---|---|---|
| **O-P**<br>観察計画 | **❶日ごろの生活のなかでの表情、話しかた、声の調子**<br>**❷自分自身に対する見かたや捉えかた、自分に対する否定的な発言** | ●自尊感情は、患者から言葉として表出されることは少なく、日ごろからの患者の様子や会話のなかから推察する必要がある。 |
| | **❸子宮喪失に対する思いや考え** | ●子宮を喪失することで、女性としての自己に否定的な見かたが生じやすい。 |
| | **❹今後のライフステージに対する思いや考え(結婚、妊娠、出産、仕事など)** | ●子宮を喪失することで、患者のこれからのライフステージが大きく変更せざるをえなくなることがある。 |
| | **❺家族・夫・パートナーとの関係性**<br>**❻家族構成**<br>**❼患者の役割の内容、役割遂行の状況** | ●生活するなかで、家族や他者とのかかわりは、患者自身の自己価値に影響することが多い。患者の言動だけでなく、家族や重要他者との関係・社会的役割なども情報収集する。 |
| | **❽術後の身体の障害に対する思いや考え** | ●術後の身体の障害は、術前から予測されていても、患者にとって自己の価値に大きく影響する要因である。 |
| **C-P**<br>ケア計画 | **❶患者に寄り添う姿勢で接し、患者の話を傾聴する。** | ●患者の価値やプライベートな部分に踏み込んだ内容の話を聴取することは難しい。患者が話しやすい雰囲気をつくり、自分から話し出すきっかけをつくるようなかかわりが必要である。 |
| | **❷患者が対処できている行動に対して承認的な態度で接する。**<br>**❸患者の役割の変化とこれからの役割のありかたについて、家族や重要他者と話し合いができるよう促す** | ●妊孕性が失われることで、女性としての役割葛藤が生じると、自己の価値についても否定的に考えてしまう。家族や重要他者と話し合うことは、自己の役割を再認識することに効果がある。 |
| **E-P**<br>教育計画 | **❶以下のようなどんな内容でも看護師が話を聴くことを患者に伝える。**<br>●性生活について<br>●社会復帰について<br>●子どもへの病気の伝えかたについて | ●患者は不安な気持ちや心配を自己で抱え込んで解決しなければならないと捉えていることがあり、看護師はどのような問題であっても話を聴くことを患者に伝える必要がある。 |


<引用・参考文献>

1. 末岡浩, 鈴木直, 池田正, 他：系統看護学講座 専門分野Ⅱ 女性生殖器 成人看護学⑨. 医学書院, 東京, 2019.
2. 医療情報科学研究所：病気がみえるvol.9 婦人科・乳腺外科 第4版. メディックメディア, 東京, 2018.
3. 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」 https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html(2019/12/23閲覧)
4. 落合慈之 監修：婦人科・乳腺外科疾患ビジュアルブック. 学研メディカル秀潤社, 東京, 2011.
5. 日本産科婦人科学会, 日本病理学会 編：子宮頸癌取扱い規約 病理編　第4版. 金原出版, 東京, 2017.
6. 日本婦人科腫瘍学会 編：子宮体癌治療ガイドライン2018年版. 金原出版, 東京, 2018.
7. 日本循環器学会, 日本医学放射線学会, 日本胸部外科学会, 他：肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン(2017年改訂版). http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_ito_h.pdf(2019/12/25閲覧)
8. 鈴木久美 編：女性性を支えるがん看護. 医学書院, 東京, 2015.
9. 日本婦人科腫瘍学会 編：子宮頸癌治療ガイドライン2017年版. 金原出版, 東京, 2017. https://jsgo.or.jp/guideline/keigan2017.html(2019/12/25閲覧)
10. 日本婦人科腫瘍学会 編：子宮体がん治療ガイドライン2018年版. 金原出版, 東京, 2018. https://jsgo.or.jp/guideline/taigan2018.html(2019/12/25閲覧)



[デザイン]ビーワークス
[イラスト]ウマカケバクミコ、今﨑和広、日の友太
[発行]照林社　[編集人]角田小枝　[発行人]森山慶子
[編集部]TEL：03-3815-4921
[営業部]TEL：03-5689-7377

第29巻第3号 通巻379号 2020年2月10日発行・発売 ISSN1344-8722
プチナース mini BOOKS プチナース2020年3月号別冊付録

# バイタルサイン 看護技術数値 POCKET BOOK

監修 石塚睦子
了徳寺大学 健康科学部看護学科・准教授

どの実習でも必要な
バイタルサインと
看護技術にかかわる
数値を1冊に
まとめました!

- バイタルサイン
  呼吸、脈拍、血圧、体温
- 看護技術に関する数値
  病室環境、清潔ケア、経管栄養 など

プチナース2020年3月号別冊付録

プチナース mini BOOKS

# バイタルサイン 看護技術数値 POCKET BOOK

[監修] 石塚睦子　了徳寺大学健康科学部看護学科・准教授

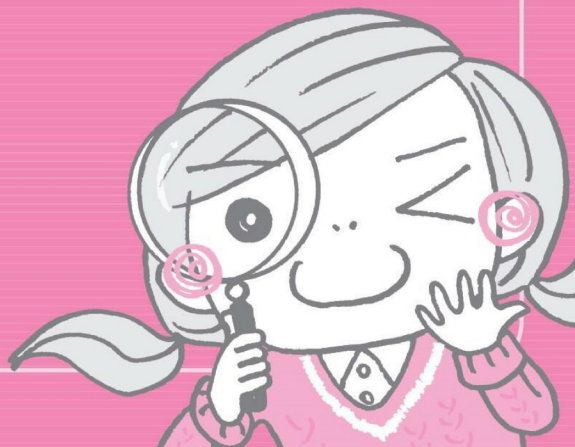
バイタルサインと、実習でよく出合う
看護技術に関する数値・ポイントをまとめました。
実習に持っていって、数値の正常・異常や
看護技術の確認に活用しましょう！

CONTENTS



[表紙デザイン]ビーワークス　[本文DTP]すずきひろし　[表紙・本文イラスト]ウマカケバクミコ
[本文イラスト]村上寛人、日の友太、今﨑和広、小林昌子　[写真]中込浩一郎
[発行]照林社　[編集人]角田小枝　[発行人]森山慶子
[編集部]TEL：03-3815-4921　[営業部]TEL：03-5689-7377

# バイタルサインの数値

バイタルサイン(呼吸、脈拍、血圧、体温)の
数値やポイントをまとめました

# 呼吸

▶ 呼吸の観察では、①**呼吸数**、②**呼吸の型**（腹式、胸式、胸腹式）、③**規則性**、④**深さ**、⑤**呼吸音**などを観察する。

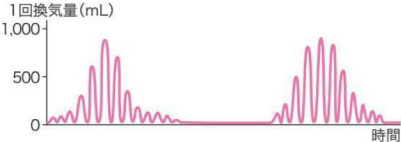
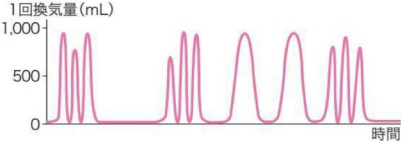
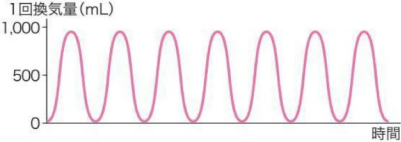
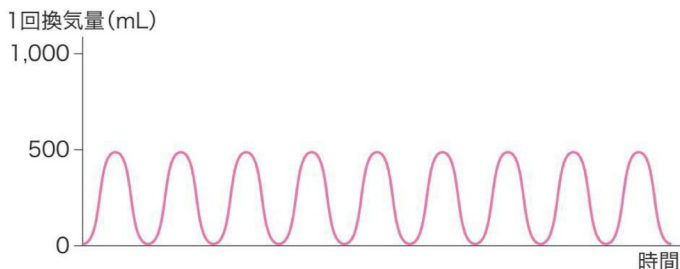
### 呼吸数の基準値

| | |
|---|---|
| 新生児 | 40～50回/分 |
| 乳児 | 30～40回/分 |
| 幼児 | 20～35回/分 |
| 学童 | 20～25回/分 |
| 成人 | 14～20回/分 |

## 呼吸の種類（正常と異常）

### 正常な呼吸

▶ 成人の1回換気量は約**500**mLである。

▶ 呼吸筋は随意筋のため呼吸のパターンは意識で変えられるが、意識しなければ回数・深さ・リズムは一般的に規則的である。

### 正常な呼吸のパターン

## 呼吸の異常

▶呼吸の異常には次のような種類がある。

### 呼吸のリズムの異常

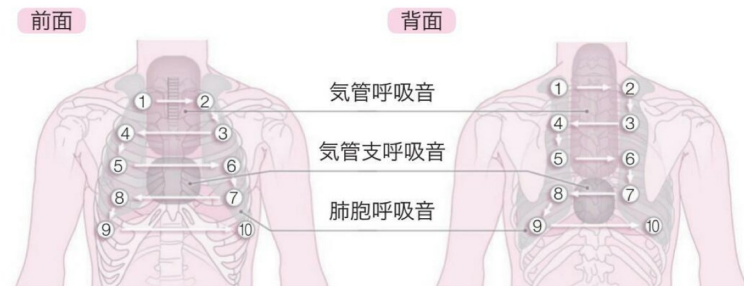
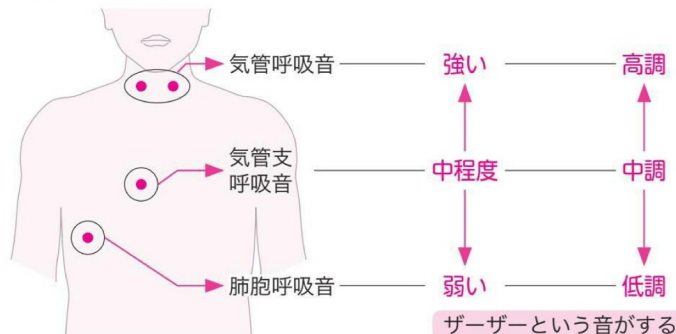
| 種類 | 説明 | 疾患などの例 |
| --- | --- | --- |
| チェーン・ストークス呼吸 | ●数秒～数十秒の無呼吸後、浅い呼吸から徐々に深い呼吸になり、また減少して無呼吸になる。周期的に変化する<br>1回換気量（mL）<br>1,000<br>500<br>0<br>時間 | ●低酸素症<br>●脳出血<br>●脳腫瘍 |
| ビオー呼吸 | ●深い呼吸と無呼吸を繰り返すが、周期性はなく、呼吸数･深さも不規則である<br>1回換気量（mL）<br>1,000<br>500<br>0<br>時間 | ●脳腫瘍<br>●髄膜炎<br>●脳炎<br>●脳外傷 |
| クスマウル呼吸 | ●規則的に深い呼吸が続く<br>1回換気量（mL）<br>1,000<br>500<br>0<br>時間 | ●代謝性アシドーシスとなった糖尿病や尿毒症（にょうどくしょう） |

## 呼吸数と深さの異常

| 種類 | 呼吸数 | 呼吸の深さ | 疾患などの例 |
|---|---|---|---|
| 頻呼吸 | 24回/分以上に**増加** | 変化なし | ●肺炎<br>●呼吸不全 |
| 徐呼吸 | 12回/分以下に**減少** | 変化なし | ●頭蓋内圧亢進<br>●麻酔<br>●睡眠薬投与時 |
| 多呼吸 | 増加 | 深い | ●過換気症候群<br>●肺塞栓 |
| 少呼吸 | 減少 | 浅い | ●麻痺<br>●危篤時 |
| 過呼吸 | ほとんど変化なし | 深い | ●過換気症候群 |
| 無呼吸 | 呼吸が一時停止した状態 | | ●睡眠時無呼吸症候群 |
| 奇異呼吸(シーソー呼吸) | ●正常では、吸気時、胸部と腹部が同時に膨隆し、呼気時には同時に沈む<br>●奇異呼吸では、胸部が膨隆したとき腹部が沈み、胸部が沈んだときに腹部が膨隆して**シーソー**のようになる。うまく横隔膜が機能していない状態 | | ●気道閉塞<br>●肋骨骨折<br>●肺気腫 |
| 努力呼吸 | ●正常では、吸気時、おもに横隔膜が収縮し外肋間筋が使用され、呼気は拡張した肺が元に戻る力で行われる<br>●努力呼吸では、吸気時に胸鎖乳突筋、斜角筋群が、呼気時には内肋間筋、腹直筋、内腹斜筋、外腹斜筋、腹横筋などの呼吸補助筋が使われる<br>●下顎呼吸、肩呼吸なども努力呼吸という | | ●重度の低酸素血症<br>●喘息の呼吸困難時<br>●危篤時 |
| 下顎呼吸(あえぎ呼吸) | ●下顎を下方に動かし吸気する | | |
| 肩呼吸 | ●肩を上下させる呼吸 | | |
| 鼻翼呼吸 | ●吸息時、鼻翼(小鼻)が開く呼吸 | | |
| 陥没呼吸 | ●吸息時に胸骨の上や鎖骨の上が陥没する。さらに悪化すると肋骨の間が陥没する | | |

## 呼吸音の聴き方

- 聴診器を用いて、**呼吸音の強弱**や**副雑音の有無**を観察する。
- 呼吸音を聴取するときは、聴診前に、**口でゆっくり深呼吸する**よう患者に伝える。肺尖部（はいせん）、側胸部、肺の下葉部を含めた胸部全体について、**呼気と吸気を左右交互に比較しながら聴診**する。

### 聴診の順番

### 正常な呼吸音

## 呼吸音の異常

| 呼吸音の名称 | | 特徴 |
|---|---|---|
| 断続性副雑音 | 捻髪音(ねんぱつおん)（細かい） | ●チリチリ（髪の毛をこすり合わせるような音）<br>●ベリベリ、バリバリ（硬い風船を膨らませる音）<br>→肺線維症、間質性肺炎など |
| | 水泡音（粗い） | ●ブツブツ、ぼこぼこ（湯が沸騰するような音）<br>→気道分泌物の多い気管支拡張症、慢性気管支炎など |
| 連続性副雑音 | 笛声音(てきせいおん)（高調性） | ●ピーピー、ヒューヒュー（口笛のような高い音）<br>→気管支喘息など |
| | いびき音（低調性） | ●ウーウー、グーグー、ブーブー（低いいびきのような音）<br>→舌根沈下(ぜっこんちんか)、気管異物など |
| 胸膜摩擦音 | | ●ギューギュー、ギュッギュッ（こすれ合うような音）<br>→胸膜炎など |
| 喘鳴(ぜんめい) | | ●患者や他人が聴診器を用いなくても聴取できるゼーゼー、ヒューヒューという異常呼吸音<br>→気道分泌物の貯留、気管支炎、喘息など |

## 起座呼吸

▶**臥位では呼吸困難が増強し、起座位で軽減する**という臨床的徴候をいう。

▶僧帽弁膜症(そうぼうべんまくしょう)などによる左心不全では、臥位時右心系への静脈還流増加→肺血流増加、肺うっ血、肺活量減少→呼吸仕事量の増大となる。この状態が起座位で軽減するため、患者は起座位をとる。

▶気管支喘息や肺炎、気管支炎などでは、気道分泌物の喀出(かくしゅつ)が臥位より起座位のほうが楽なため、患者は起座位をとる。

# 呼吸機能検査

▶呼吸機能検査で把握しておきたいデータは、おもに**%肺活量**と**1秒率**である。その結果から**肺の容量**や、**肺の換気機能**がわかる。

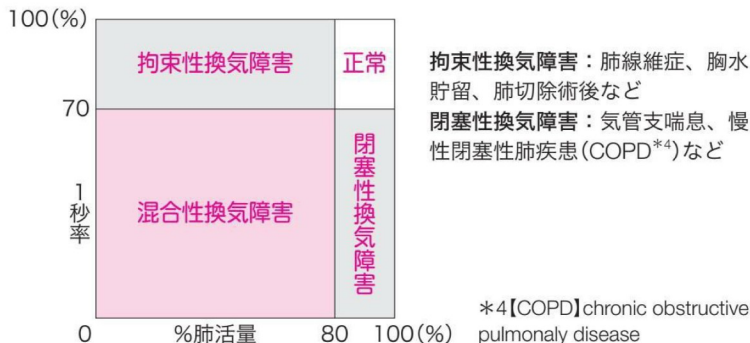
## 呼吸機能検査で知っておきたい用語・基準値

| 項目(略語) | 説明 | 基準値 |
|---|---|---|
| 予測肺活量 | 性別、年齢、身長から求められる標準的な肺活量の値。計算式は下記のとおり<br>●男性:(27.63−0.112×年齢)×身長(cm)<br>●女性:(21.78−0.101×年齢)×身長(cm) | ●男性:<br>3,000～4,000mL<br>●女性:<br>2,000～3,000mL |
| 肺活量(VC*1) | 最大に息を吸った状態から可能な限り息を吐いたときの呼出量 | |
| %肺活量(% VC) | 実測肺活量は予測肺活量の何%であったかを示す値 | 予測肺活量の80%以上 |
| 1秒率($FEV_1$%*2) | 肺活量の何%を1秒間に呼出することができたかを示す値。70%を下回る場合、気道が狭く息が吐きにくい状態である | 努力肺活量(FVC*3)の70%以上 |

*1【VC】vital capacity　*2【$FEV_1$%】percentage of forced expiratory volume in one second　*3【FVC】forced vital capacity

## %肺活量と1秒率から判断する換気障害

**拘束性換気障害**:肺線維症、胸水貯留、肺切除術後など
**閉塞性換気障害**:気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD*4)など

*4【COPD】chronic obstructive pulmonaly disease

## 動脈血酸素飽和度($SpO_2$、$SaO_2$)と動脈血ガス分析

▶呼吸は、**二酸化炭素と酸素のガス交換**である。動脈血酸素飽和度や動脈血ガス分析は、**肺でのガス交換がどの程度障害されているのか**がわかる、酸素吸入の必要性や治療開始の緊急性を判断するために行う検査である。

### 動脈血酸素飽和度と動脈血ガス分析の基準値

| 種類 | 説明 | 基準値 |
|---|---|---|
| 動脈血酸素飽和度($SpO_2$*1、$SaO_2$*2) | 動脈血中のヘモグロビン(Hb)に酸素($O_2$)がどの程度結合しているかを調べる<br>酸素飽和度＝$\frac{HbO_2}{HbO_2 + Hb}$×100% | 95%以上 |
| 動脈血酸素分圧($PaO_2$) | 動脈血内の酸素($O_2$)濃度(分圧) | 80〜100mmHg(Torr) |
| 動脈血二酸化炭素分圧($PaCO_2$) | 動脈血内の二酸化炭素($CO_2$)の濃度 | 35〜45mmHg(Torr) |
| 酸性度(pH) | pHが高いとアシドーシス(酸血症)<br>例:糖尿病、急性膵炎、脱水、換気不全症候群など | 7.35〜7.45 |
| 過剰塩基(BE:base excess) | ●＋(プラス):代謝性アルカローシス(嘔吐、下痢など)<br>●−(マイナス):代謝性アシドーシス(ショック、腎不全、糖尿病など) | −2〜＋2mEq/L |

*1【$SpO_2$】percutaneous oxygen saturation/oxygen saturation by pulse oximetry:経皮的パルスオキシメーター(サチュレーションモニター)のセンサーを指先などに装着して簡易的に測った動脈血酸素飽和度
*2【$SaO_2$】arterial oxygen saturation:動脈血を直接採取して得られた動脈血酸素飽和度

## 動脈血酸素飽和度と動脈血酸素分圧の関係

| $SaO_2$ (%) | $PaO_2$ (mmHg) |
|---|---|
| 30 | 20 |
| 60 | 30 |
| 75 | 40 |
| 90 | 60 |
| 97.5 | 100 |

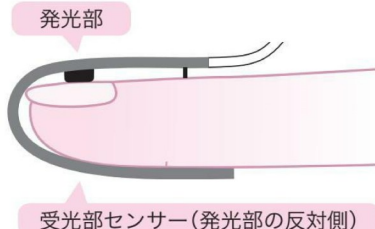
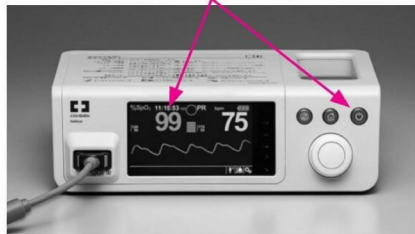
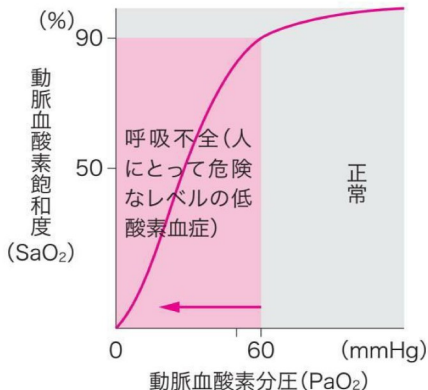
呼吸不全：$PaO_2$＜60mmHg（$SaO_2$＜90%に相当）

## 酸素飽和度曲線（酸素解離曲線）

## $SpO_2$の測定方法

①センサーをとりつける

発光部

受光部センサー（発光部の反対側）

②電源を入れ、測定された$SpO_2$値を読む

### センサーの種類

挟むタイプ

シールタイプ

写真提供：コヴィディエンジャパン株式会社

# 脈拍

▶脈拍の測定では、①**回数/分**、②**リズム**、③**脈の緊張**などを観察する。

▶**頻脈**、**結滞(けったい)がある**、**徐脈**、**リズムが乱れる**、**測定部位や左右によって数に差がある**場合は異常である。異常時は、随伴症状(胸部不快、動悸(どうき)、息切れ、眩暈(げんうん)など)も観察する。

## 脈拍の正常・異常

| | | | |
|---|---|---|---|
| **整脈**<br>正常な洞調律(どうちょうりつ)(sinus rhythm:サイナス・リズム)の脈 | 洞結節で発生した電気的興奮が正しく伝わり、心電図の波が規則正しく一定リズムで繰り返されている状態。成人の場合60～90回/分 | | |
| **不整脈**<br>正常な洞調律ではない調律(リズム)の脈。リズムの不規則な場合だけを不整脈というわけではない<br>**※右の赤字は命にかかわる危険な不整脈** | 頻脈性不整脈 | 100回/分以上 | ●洞性頻脈、期外収縮(脈が欠けたように触知される結滞はそのほとんどが期外収縮)、上室性頻拍、心房細動、**心室頻拍**、**心室細動**、WPW症候群※、甲状腺機能亢進症、運動や緊張によるもの |
| | 徐脈性不整脈 | 60回/分以下 | ●洞不全症候群、房室ブロック、心室内伝導障害、徐脈性心房細動<br>●**ペースメーカーの適応:眩暈・失神・心不全を伴う徐脈、3秒以上の心停止、40回/分未満の徐脈は突然死の危険あり**<br>●**ペースメーカーの相対的適応:** 3度房室ブロックとMobitz Ⅱ型2度房室ブロック |

※WPW症候群:Wolff-Parkinson-White(syndrome):ウォルフ・パーキンソン・ホワイト症候群。先天的に房室間にケトン束という筋肉の束ができているため、洞結節からの刺激が従来のルートのほか、ケトン束を経由する2つのルートを通って心室へ伝わる疾患

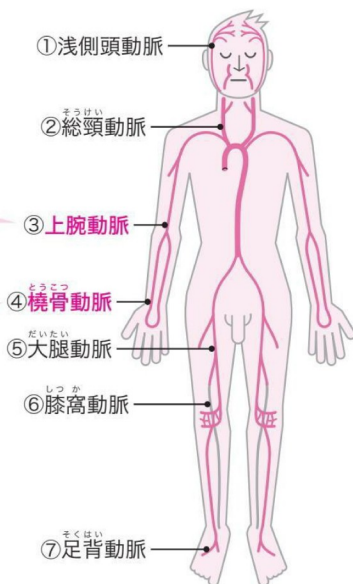
脈拍数の基準値

| | |
|---|---|
| 新生児(生後4週未満) | 120～140回/分 |
| 乳児(生後4週～1歳半頃まで) | 110～130回/分 |
| 乳児(1～6歳) | 100～110回/分 |
| 学童(6～12歳) | 70～90回/分 |
| 青年・成人 | 60～90回/分 |
| 高齢者(65歳～) | 60～70回/分 |

## 脈拍の測定部位

▶一般的に動脈は、身体の奥深くを走行しているが、部分的に皮下の浅いところを走っている。脈拍は、その**浅い部分**で測定する。

血圧測定時に聴診器の膜面を当てる部位

一般的な測定部位。第2・3・4指の指腹を橈骨動脈に沿わせて測定する

# 血圧

▶血圧とは、**動脈血管を流れる血液の血管壁への圧力**のことである。

## 成人における血圧値の分類

| 分類 | 診察室血圧(mmHg) | | |
|---|---|---|---|
| | 収縮期血圧 | | 拡張期血圧 |
| 正常血圧 | ＜120 | かつ | ＜80 |
| 正常高値血圧 | 120～129 | かつ | ＜80 |
| 高値血圧 | 130～139 | かつ/または | 80～89 |
| Ⅰ度高血圧 | 140～159 | かつ/または | 90～99 |
| Ⅱ度高血圧 | 160～179 | かつ/または | 100～109 |
| Ⅲ度高血圧 | ≧180 | かつ/または | ≧110 |
| (孤立性)収縮期高血圧 | ≧140 | かつ | ＜90 |

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 編：高血圧治療ガイドライン2019. 日本高血圧学会, 2019：表2-5 より許可を得て転載、改変

### 血圧の測定方法(聴診法)のポイント

- 平常の収縮期血圧より約20～30mmHg高い値まで加圧
- 減圧は1秒間に1目盛り(2mmHg)の速度で減圧
- コロトコフ音(心臓の拍動に合わせて聴こえる血管の音)が聴こえたときの値＝収縮期血圧(心臓が最も収縮したときの圧に等しい)
- コロトコフ音が聴こえなくなったときの値＝拡張期血圧(心臓が最も拡張したときの圧に等しい)

上腕動脈がゴム囊(のう)の中央を走るように巻く。指が1～2本入る程度に比較的ぴったりと巻く

マンシェット内のゴム囊の縦幅は、約12～14cm(上腕周囲長の約40%)、横幅は、約23cm(上腕周囲長の約80%)

マンシェットの下縁が肘窩(ちゅうか)の2～3cm上

ゴム球(送気球、加圧球)のネジは、加圧時には締めておく。収縮期·拡張期血圧を読み取るまではネジを徐々に開放し、拡張期血圧を読み取ったらすぐにネジを全開にして排気する

# 体温

▶体内の熱の産生と放散のバランスは、**視床下部(ししょうかぶ)の体温調節中枢**で行われ、その均衡(きんこう)が保たれている。体の温度は、性別、年齢、部位、時間帯、行動などによって多少の個人差・変動がみられる。

## 体温の差

| | |
|---|---|
| 年齢差 | 新生児は、体温調節中枢が未熟なため外界温度に影響されやすい |
| 日差 | 生活リズムで1日内でも変化するが、その差は1℃未満。1℃以上は病的である |
| 活動差 | 骨格筋を動かした運動後、食事や精神的興奮では上昇する。睡眠時は下降する |

## 体温の測定部位・方法・基準値

| 部位 | 測定時間 | 方法 | 基準値 |
|---|---|---|---|
| 腋窩 | ●**電子体温計：**数十秒～約3分 | 腋窩に体温計を45度の角度で挟んで計測する | 約36～36.5℃ |
| 口腔 | ●**電子体温計：**数十秒～約3分 | 舌下に体温計を挟んで計測する。より体の中心に近い体温である | 約36.7℃ |
| 鼓膜 | ●**耳内式体温計：**数十秒～約3分 | 外耳道に赤外線式の体温計を挿入して計測する。瞬時に測定できるため、安静を保てない乳幼児の体温測定にも適している | 約37℃ |
| 直腸 | ●**電子体温計：**数十秒～約3分<br>●プローブ挿入による継続的測定 | 成人は直腸に5～6cm挿入して測定する。口腔温よりもさらに体の中心に近い体温である。全身麻酔での手術中、プローブを肛門から挿入し継続して直腸温を測定する方法もある | |
| 膀胱 | ●センサー付きカテーテル挿入による継続的測定 | 膀胱温測定センサー付きバルンカテーテルを尿道から挿入し継続的に膀胱温を測定する方法 | |

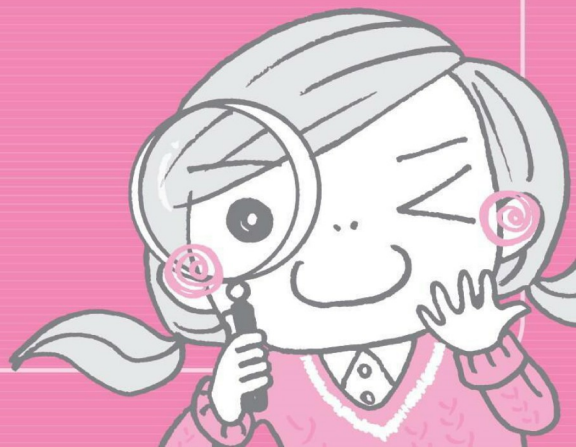
## 発熱の程度と名称

| 体温 | | 名称 |
|---|---|---|
| 41.5℃以上　※42℃以上で死に至る | | 過高熱、過熱 |
| 40.5～41.5℃ | | 最高熱 |
| 39～40.5℃ | | 高熱 |
| 38～39℃ | | 中等熱、中熱 |
| 37～38℃ | | 微熱、軽熱 |
| 36～37℃ | 約37℃（直腸温、鼓膜温） | 平熱 |
| | 約36.7℃（口腔温） | |
| | 約36～36.5℃（腋窩温） | |
| 36℃未満　※30～33℃以下で死に至る | | 低体温 |

## 熱型のパターン

| 熱型 | 稽留（けいりゅう）熱 | 弛張（しちょう）熱 | 間欠熱 | 波状熱 |
|---|---|---|---|---|
| | (℃) 39 38 37 36 | (℃) 39 38 37 36 | (℃) 39 38 37 36 | (℃) 39 38 37 36 |
| 定義 | 日内変動が1℃以内の高熱が持続する | 日内変動が1℃以上で、37℃以下にならない | 日内変動が1℃以上で、37℃以下になる時期がある | 有熱期と無熱期を交互に繰り返す |
| 疾患 | 重症肺炎、粟粒（ぞくりゅう）結核、腸チフスの極期、髄膜炎 | 敗血症、多くのウイルス性感染症、化膿性疾患、悪性腫瘍、膠原（こうげん）病（びょう） | マラリア、胆道感染症 | ブルセラ症、ホジキン病、胆道閉鎖症、多発性神経炎、脊髄障害 |

# 看護技術の数値

実習でよく出合う看護技術に関する
数値やポイントをまとめました

# 病室環境

▶安全·快適な療養生活を送れるよう療養環境を整える。

## 病室環境に関する指標

| | |
|---|---|
| 病室 | 床に水滴など滑りやすいものがないようにする |
| ベッド | ●幅100cm前後、長さ200cm前後<br>●高さは患者が端座位になったときに足が床につく下腿の長さ<br>●昇降しない側はベッド柵をして転落を予防する<br>●意識がない場合や不穏時は両柵を設置する |
| 室温 | ●**夏**:25～27℃<br>●**冬**:20～22℃ |
| 湿度 | ●**夏**:45～65%<br>●**冬**:40～60% |
| 気流 | 0.5m/秒以下 |
| 照度 | ●100～200ルクス<br>●太陽光線を必要に応じて取り入れる<br>※手術室の場合、窓があると気候により照度が安定しないため、原則として太陽光線の入る窓はない |
| 騒音 | ●**日中**:50dB以下<br>●**夜間**:40dB以下 |
| 色彩 | 壁や家具·寝具などは、眼精疲労を防ぎ、安らぐ色彩にする |
| 換気·臭気 | ●清浄な空気を取り入れる<br>●不快な臭いを取り除く |
| 物品配置 | 患者の生活のしやすさを考慮した配置にする |

# 清潔ケア

▶さまざまな清潔の援助における湯の温度を覚え、気持ちのよい適温の湯で清潔ケアにあたることが大切である。

▶清潔援助の方法はいくつかあるが、いずれの場合も不必要な露出を防ぎ保温に努め、羞恥心（しゅうちしん）に配慮する。

## 湯の温度と清潔ケアの種類

| 湯の温度 | 種類 | 備考 |
|---|---|---|
| 50～55℃ | 清拭 | 皮膚に直接当たるタオルの温度は約42～43℃ |
| 39～42℃ | 入浴・シャワー浴 | ●入浴は、清潔ケアのなかで最も体内酸素消費量が多く疲労するため、健康状態を考慮する。国・地域・習慣により、約38℃の微温浴が好まれる場合もある<br>●入浴・シャワー浴では浴室内での転倒に注意 |
| 39～41℃ | 洗髪 | 自立度に応じて実施場所や必要物品を工夫する |
| 39～40℃ | 足浴・手浴 | |
| 38～40℃ | 陰部洗浄 | 不必要な露出を防ぎ、羞恥心に配慮する |

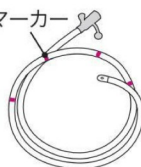
## 清拭の順序の例

# 経管栄養

▶非経口的栄養法には、以下のものがある。

| 非経口的栄養法 | 経鼻経管栄養法 |
|---|---|
| | 瘻管栄養法（胃瘻（いろう）、腸瘻） |
| | 経静脈的栄養法<br>※経管栄養食を経静脈的に投与してはならない |

## 胃管の挿入方法と挿入部位の確認のポイント※

深度マーカー

①普通の体格であれば、鼻孔から約**55**cm（鼻孔から噴門部までの長さ＋10cm）挿入。管の印（深度マーカー）で長さを確認。

②胃液を吸引し、無色透明・強酸性であることを確認する

③空気を注射器で入れ、胃部の音を確認する

※気泡音だけでは正確に確認することが困難であるため、複数の方法で行う

④胃管が抜けないよう顔にテープで固定する。

⑤X線透視で確認する。

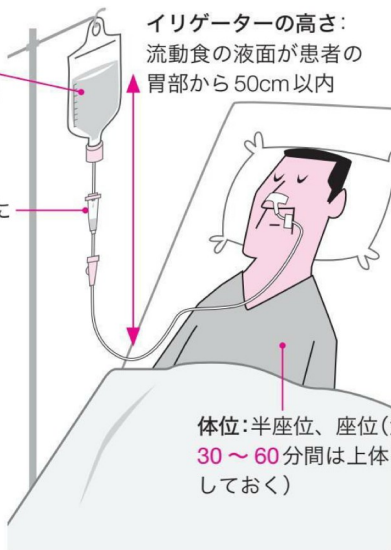
※初回挿入時、入れ替え時には①～⑤すべてを確認する

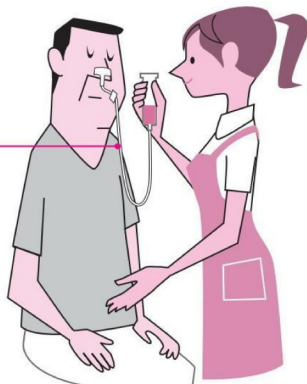
## 経管栄養食注入時のポイント

**経管栄養食の温度:**
- 冷所保存のものは約37℃の人肌に温める
- 常温

**注入速度:**患者の状況・指示による(例えば100mL/30分)

**イリゲーターの高さ:**流動食の液面が患者の胃部から50cm以内

**体位:**半座位、座位(注入後30～60分間は上体を起こしておく)

## 注入後のポイント

白湯(さゆ)を約20～50mL注入する(管に残った流動食の腐敗や管の閉塞防止のため)

# 排泄ケア

▶排泄の援助には、**便尿器介助**、**ポータブル便器の介助**、**おむつ交換**、**一時的・持続的導尿**、**浣腸**(かんちょう)、**摘便**などがある。

▶援助にあたっては、排尿・排便の正常・異常を把握しておく必要がある。

## 排尿の正常・異常

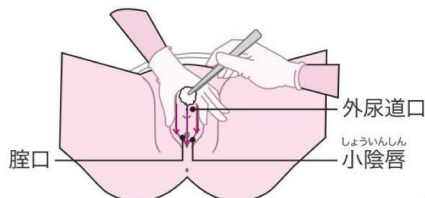
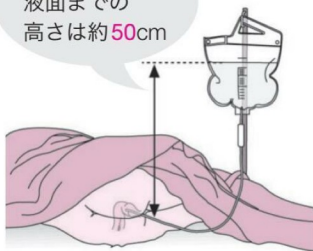
| 観察項目 | 正常 | 異常 |
|---|---|---|
| 回数 | 4～6回/日 | ●**稀尿**:2回/日以下程度<br>●**頻尿**:10回/日以上 |
| 排泄コントロール | がまんできる | ●**失禁**(不随意に排尿する) |
| 量 | 1,000～1,500mL/日 | ●**無尿**:腎臓から膀胱に尿が生成されず、100mL/日以下<br>●**尿閉**:膀胱内に溜まった尿が排泄されない状態<br>●**乏尿**:500mL/日以下<br>●**多尿**:2,000～3,000mL/日以上 |
| 色 | 淡黄色透明 | ●**膀胱炎、膀胱腫瘍**:血尿<br>●**肝疾患**:暗赤褐色のビリルビン尿 |
| 比重 | 1.015～1.025 | ●**尿崩症**:低値<br>●**脱水や造影剤の使用後**:高値 |

## 排便の正常・異常

| 観察項目 | 正常 | 異常 |
|---|---|---|
| 回数 | 1～2回/日 | ●便秘　●便意頻回 |
| 色調 | 淡褐色～黄褐色 | ●**下部消化管出血時**:血便<br>●**胆道閉鎖時、バリウム服用後**:灰白色便<br>●**上部消化管出血時**:タール便・黒色便 |
| 形状・硬度 | 有形軟便 | ●不消化便　●泥状便　●水様便<br>●粘液便　●硬便　●鉛筆様便(細い) |

## 導尿のポイント

| 体位 | 仰臥位 |
|---|---|
| 消毒 | 女性は上(前)から下(後ろ)へ |
| カテーテルの太さ | ●**一時的導尿**：12 ～ 15Frのフランス式カテーテル、6 ～ 8号のイギリス式ネラトンカテーテル<br>●**持続的導尿**：14 ～ 22Frのバルンカテーテル |
| 挿入角度 | 男性は、陰茎を約90度に持ち上げカテーテルを挿入する |
| 挿入の長さ | ●**男性**：約20cm(男性の尿道は15 ～ 18cm)<br>●**女性**：約4 ～ 6cm(女性の尿道は3 ～ 4cm)<br>●バルンカテーテルの場合、バルン(風船)が尿道で膨らまないように一時的導尿の場合より2～3cm長く挿入する。挿入部分の無菌を保って挿入する |
| 持続的導尿時の膀胱内固定水の量 | ●滅菌蒸留水を5 ～ 20mL注入する<br>●製品によって注入量は異なるため、バルンカテーテルに明記されている量を確認して準備する |

## 女性の外尿道口の消毒法

●上から下へ、中央→左右の順に3回消毒する。
●消毒綿球は1回ごとに取り替える。

## 男性のカテーテルの挿入法

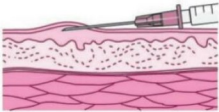
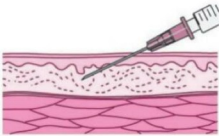
●90度に持ち上げて15cmほど挿入後、尿道球部に達したら60度にしてさらに5cmほど挿入する。

看護技術の数値
排泄ケア

## 浣腸

| 浣腸の種類 | グリセリン浣腸 | 高圧浣腸 | | |
|---|---|---|---|---|
| | 50%グリセリン液 | 微温湯 | 1～2%<br>石けん液 | 0.9%<br>生理食塩水 |
| | | 肛門から<br>液面までの<br>高さは約50cm | | |
| 液の注入量 | 60～120mL | 500～1,000mL | | |
| 管の太さ | イギリス式ネラトンカテーテル使用の場合:10～15号 | | | |
| 管挿入の長さ | ●約5cm<br>●肛門管の長さ(3cm前後)を越えたほうが、患者が液を保留しやすく、液注入後少しの間、排便をがまんできる<br>●6cm以上の場合直腸の(コールラウシュ)ヒダなどを損傷するおそれがある | | | |
| 体位 | 左側臥位 | | | |
| 液の温度 | ●40～41℃<br>●直腸温約37℃よりやや高めに温める(43℃以上だと粘膜火傷のおそれがあるので注意する) | | | |
| 注入液の保留時間 | ●3～5分<br>●抜管と同時にちり紙で肛門部を押さえ、がまんしてから排便するよう説明する | | | |

## カテーテルサイズ

| イギリス式 | | フランス式 | |
|---|---|---|---|
| 号 | 外径(mm) | Fr | 外径(mm) |
| 3 | 2.5 | 7 | 2･1/3(2.33) |
| | | 8 | 2･2/3(2.67) |
| 4 | 3.0 | 9 | 3 |
| 5 | 3.5 | 10 | 3･1/3(3.33) |
| | | 11 | 3･2/3(3.67) |
| 6 | 4.0 | 12 | 4 |
| 7 | 4.5 | 13 | 4･1/3(4.33) |
| | | 14 | 4･2/3(4.67) |
| 8 | 5.0 | 15 | 5 |
| 9 | 5.5 | 16 | 5･1/3(5.33) |
| | | 17 | 5･2/3(5.67) |
| 10 | 6.0 | 18 | 6 |
| 11 | 6.5 | 19 | 6･1/3(6.33) |
| | | 20 | 6･2/3(6.67) |
| 12 | 7.0 | 21 | 7 |
| 13 | 7.5 | 22 | 7･1/3(7.33) |
| | | 23 | 7･2/3(7.67) |
| 14 | 8.0 | 24 | 8 |

- カテーテル外径表示には、イギリス式とフランス式がある。
- ネラトンカテーテルはイギリス式表示、ディスポーザブル製品はフランス式表示が多い。
- イギリス式の外径は号数で表し、(号数＋2)÷2が外径mmとなる。
- フランス式の外径はFr(フレンチ)で表し、1Fr＝1/3mmで、1/3mmずつ番号が増える。

# 注射・輸液

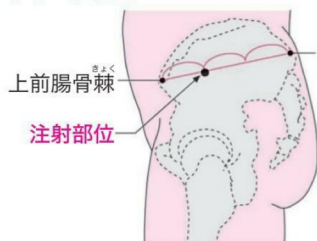
▶看護師が行うことのできる注射法には、皮内･皮下･筋肉内･静脈内･点滴静脈内注射がある。

## 注射の種類

| | 針の刺入部の断面図と刺入角度 | 部位 | 注射針 | | 注入量 | 吸収速度 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 太さ | 刃面角度 | | |
| 皮内注射 | 0度に近い角度 | 前腕内側 | 26～27G | SB[*1] | 0.5～1mL | 遅い<br>↑ |
| 皮下注射 | 10～30度 | ●上腕伸側部（肩峰（けんぽう）と肘頭を結んだ線の下1/3）<br>●三角筋上層部の皮下 | 23～25G | RB[*2] | 2mL以下 | |
| 筋肉内注射 | 45～90度 | ●肩峰から2～3横指下の三角筋中央か前半部<br>●中殿筋（クラークの点、ホッホシュテッターの部位） | 23～24G | RB | 5mL以下 | |

| 静脈内注射 | 10～20度 | ●肘正中皮静脈<br>●手背や足背の静脈など駆血によって触知しやすい表在静脈 | 21～23G | SB | 20mL以下<br>※50mL以上は点滴やポンプ使用が多い | ↓<br>速い |
|---|---|---|---|---|---|---|

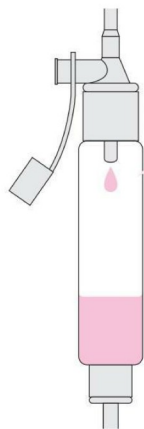
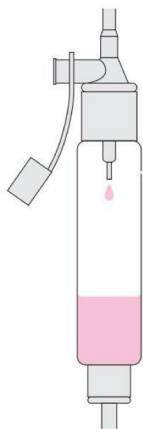
## 筋肉内注射の部位

### クラークの点

### ホッホシュテッターの部位

## 点滴静脈内注射

| 針の刺入部の断面図と刺入角度 | 部位 | 注射針 | | 注入量 | 吸収速度 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 太さ | 刃面角度 | | |
| 10～20度 | ●肘正中皮静脈<br>●手背や足背の静脈など駆血によって触知しやすい表在静脈<br>●高カロリー輸液の場合は、鎖骨下静脈や大腿静脈から中心静脈(上大静脈)へ挿入 | ●点滴：21～23G<br>●輸血：18～20G | SB | 50mL以上 | 速い |

＊1【SB】short bevel：刃面の角度が18度
＊2【RB】regular bevel：刃面の角度が12度

## 点滴セットの種類と構造

## 時間指定があるときの1分間の滴下数の計算方法

▶輸液の総量、あるいは残量を滴下数に換算し、それを指示された点滴の所要分数で割ればよい。

**成人用セットを使用する場合**

$$\frac{\text{輸液量(mL)×20滴(点滴口の1mL当たりの滴数規格)}}{\text{指示された点滴の所要分数}}=\text{滴下数/分}$$

**小児用セットを使用する場合**

$$\frac{\text{輸液量(mL)×60滴(点滴口の1mL当たりの滴数規格)}}{\text{指示された点滴の所要分数}}=\text{滴下数/分}$$

## 滴下数の計算方法の例

**例1** 500mLの輸液を2時間で投与する指示のときの滴下数/分は？

| 成人用セットなら1mL＝20滴 | 小児用セットなら1mL＝60滴 |
|---|---|
| **→では、500mLは何滴か？** | **→では、500mLは何滴か？** |
| 20滴×500mLになる | 60滴×500mLになる |
| **→それを2時間、つまり120分で投与する指示だから** | **→それを2時間、つまり120分で投与する指示だから** |
| 20滴×500mLを所要分数で割れば1分間の滴下数がわかる | 60滴×500mLを所要分数で割れば1分間の滴下数がわかる |
| $\frac{20滴×500mL}{2時間×60分}$＝83.3滴/分 | $\frac{\cancel{60}滴×500mL}{2時間×\cancel{60}分}$＝250滴/分 |

この場合、1分間に250滴を調整するのは大変なので、成人用セットを選択する。

**例2** 900mLの高カロリー輸液を12時間で投与する指示のときの滴下数/分は？

| 成人用セットなら1mL＝20滴 | 小児用セットなら1mL＝60滴 |
|---|---|
| **→では、900mLは何滴か？** | **→では、900mLは何滴か？** |
| 20滴×900mLになる | 60滴×900mLになる |
| **→それを12時間、つまり720分で投与する指示だから** | **→それを12時間、つまり720分で投与する指示だから** |
| 20滴×900mLを所要分数で割れば1分間の滴下数がわかる | 60滴×900mLを所要分数で割れば1分間の滴下数がわかる |
| $\frac{20滴×900mL}{12時間×60分}$＝25滴/分 | $\frac{\cancel{60}滴×900mL}{12時間×\cancel{60}分}$＝75滴/分 |

この場合、成人用セットでは少しゆっくり過ぎるため、小児用セットを選択する。または、輸液ポンプを利用する。

## 点滴を何分（何時間）で落とすという指示がないときの調整方法

▶一般的には成人の場合、成人用点滴セットを使用し、約**60～80**滴/分に調整する（ただし、輸液製剤の種類と目的、医師の指示によってはその限りではない）。

## 点滴にかかる所要時間の計算方法

▶輸液の総量、あるいは残量を滴下数に換算し、それを1分間の滴下数で割ればよい。

**成人用セットを使用する場合**

$$\frac{\text{輸液量(mL)}\times 20\text{滴(点滴口の1mL当たりの滴数規格)}}{\text{1分間の滴下数}} = \text{点滴が終了するまでにかかる分数}$$

**小児用セットを使用する場合**

$$\frac{\text{輸液量(mL)}\times 60\text{滴(点滴口の1mL当たりの滴数規格)}}{\text{1分間の滴下数}} = \text{点滴が終了するまでにかかる分数}$$

## 採血のポイント

| | |
|---|---|
| 針の太さ | 21～23G、SB |
| 採血部位 | 肘窩部の肘正中皮静脈・橈側皮静脈・尺側皮静脈<br>※両側の肘窩部に採血可能な血管がない場合には、前腕または手背の静脈を用いる（手首の橈側付近の静脈は、近くを神経が走行しているため避ける） |
| 駆血時間 | あまり長くならないように注意する<br>※1分以内であれば、通常の検査項目への影響は許容範囲内 |
| 針の刺入角度 | 刃面を上に向け、20～30度以下の角度で刺入する<br>※20度以下では神経・動脈・腱等の深部組織を損傷するリスクが増大する |
| 針刺入の長さ | 針が血管内に入ったあとさらに2～3mm |
| 針抜去後の圧迫時間 | 5分程度<br>※抗凝固薬などで出血傾向にある場合は長めに圧迫する |

# 吸引

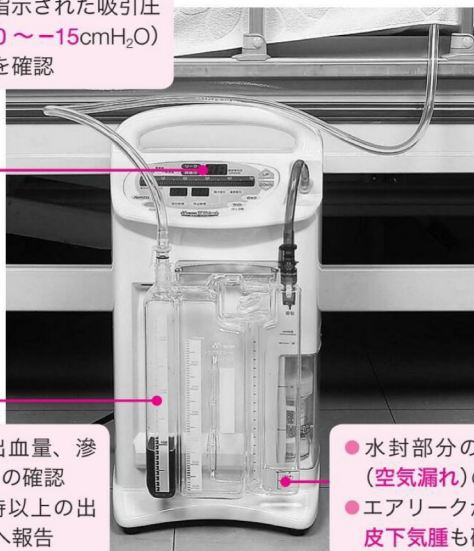
▶吸引とは、**体腔・管腔内に溜まった滲出液(しんしゅつえき)や分泌物、血液、空気などを体外に取り出す**ときに行う処置である。

## 一時吸引

| | 口腔・鼻腔 | 気管 |
|---|---|---|
| カテーテルの太さ | ●フランス式ディスポーザブルカテーテル10～14Fr<br>●イギリス式ネラトンカテーテル6～8号 | |
| 吸引圧 | ●100～200mmHg(Torr※1)<br>(13～26kPa※2) | ●80～150mmHg(Torr)<br>(10～20kPa)<br>●高圧の場合、気管壁粘膜の剥離・損傷のおそれ |
| 1回の吸引時間 | ●10～15秒以内(低酸素血症予防のため) | |
| カテーテル挿入の長さ | ●**口腔内(門歯～咽頭)**：約13cm以内<br>●**鼻腔内**：約10cm以内 | ●**気管切開**：使用している気管カニューレの長さ(成人約10cm弱)以内<br>●**気管挿管**：使用している気管挿管の管の長さ(成人約25cm前後) |

※1：1mmHg＝1Torr　※2：7.5mmHg＝1kPa

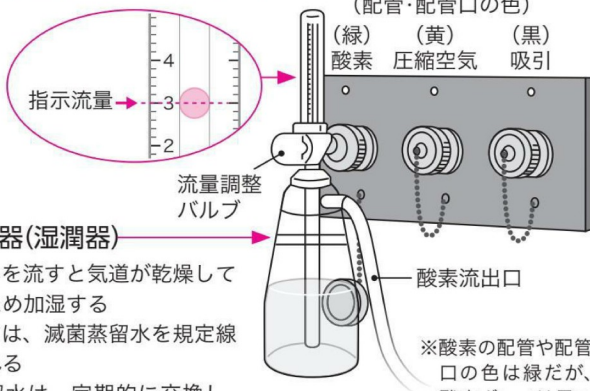
## 低圧持続吸引のポイント

- ドレーンの挿入部位と挿入目的を確認する。
- 排液バッグ交換時などにドレーンの接続を外すとき、ドレーン鉗子(かんし)を使用するので準備しておく。

# 酸素吸入

▶ 動脈血酸素飽和度（$SpO_2$、$SaO_2$）**90**％以下、動脈血酸素分圧（$PaO_2$）**60**mmHg以下の低酸素血症の場合、酸素吸入の適応となる。

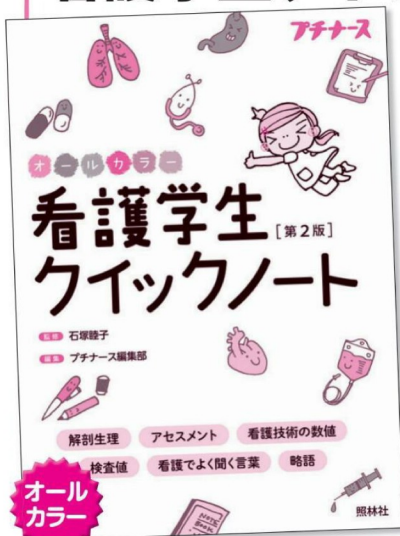
## 酸素吸入の種類

| 方法 | | 酸素流量/分 | 吸入気酸素濃度 |
|---|---|---|---|
| 経鼻カニューレ（経鼻カヌラ） | | 1～6L/分 | 24～40％ |
| フェイスマスク（酸素マスク） | | 5～10L/分 | 35～50％ |
| リザーバー付きフェイスマスク | | 10L/分以上 | 60～80％ |
| ベンチュリーマスク<br>●医師の指示による酸素流量（L/分）と吸入気酸素濃度のダイリューターを用いる | 青 | 2L/分 | 24％ |
| | 黄 | 3L/分 | 28％ |
| | 白 | 4L/分 | 31％ |
| | 緑 | 6L/分 | 35％ |
| | 赤 | 8L/分 | 40％ |
| | 橙 | 12L/分 | 50％ |

## 酸素流量計・酸素加湿器の使い方のポイント

## 酸素ボンベの使用可能分数の計算方法

| | | | |
|---|---|---|---|
| 酸素ボンベ内の$O_2$の量の計算 | MPa単位の圧力計 | $\dfrac{\text{ボンベ容量500(L)×圧力計の値}}{\text{充填圧14.7(MPa)}}$ | 臨床で使用する酸素ボンベの容量(L)はほとんど500(L)である |
| | $kgf/cm^2$単位の圧力計 | $\dfrac{\text{ボンベ容量500(L)×圧力計の値}}{\text{充填圧150(kgf/cm}^2\text{)}}$ | |
| 酸素ボンベの使用可能分数 | | $\dfrac{\text{ボンベ内の酸素(L)}}{\text{毎分の酸素流量(L)}}$ | 毎分の酸素流量(L)は医師の指示による |

もっと知りたい人にオススメ！

# 看護学生クイックノート［第2版］

- 解剖生理
- アセスメント
- 看護技術の数値
- 検査値
- 看護でよく聞く言葉
- 略語

授業・実習・国試に役立つ知識をコンパクトにまとめました！
第2版はオールカラーになり、内容もさらに充実！

監修／石塚睦子
編集／プチナース編集部
定価／本体925円＋税
128頁／文庫判

プチナース2020年3月号別冊付録